МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**(ФГБОУ ВО)**

**Кафедра дефектологии и специальной психологии**

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ СЕНСОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Работу выполнил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.Н. Писаренко

(подпись, дата)

Факультет Педагогики, психологии и коммуникативистики

Направление: Специальное (дефектологическое) образование,

Профиль обучения: 44.04.03–Коррекционная педагогика, 5 курс ЗФО

Научный руководитель

Канд.психол.наук, доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Л. Куцеева

(подпись, дата)

Нормоконтролер

Ст.преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.В. Лаврентьева

(подпись, дата)

Краснодар 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение…………………………………………………………………………...3

1 Теоретические основы изучения особенностей психофизического

развития детей с детским церебральным параличом (ДЦП)…………............6

1.1 Общая характеристика ДЦП: клинические формы, причины возникновения, прогноз двигательного и интеллектуального развития......................................................................................................…..6

1.2 Развитие сенсомоторных функций в онтогенезе ..…………...……...…...12

1.3 Развитие сенсомоторных функций у детей дошкольного

возраста с ДЦП...……………….……………………………………….….19

2 Научно-методические основы диагностики и коррекции психических и сенсомоторных функций детей дошкольного возраста с ДЦП......................24

2.1 Общие подходы в диагностике сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП…….……………………………………….24

2.2 Обследование зрительного восприятия у дошкольников с ДЦП……….25

2.3 Обследование слухового восприятия у дошкольников с ДЦП……….....26

2.4 Диагностика интеллектуального развития дошкольников с ДЦП……...27

2.5 Методики диагностики мелкой моторики дошкольников с ДЦП……....29

2.6 Научно-методические основы коррекции сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП.........................................................34

Заключение …………………………………………………………………........38

Список использованных источников…….…………………….…….................40

ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** В настоящее время детей с различными отклонениями в развитии становится больше. Одной из серьезных форм отклонений является детский церебральный паралич, так как при данном заболевании нарушается как физическое развитие, так и умственное. В основном дети с ДЦП проходят медицинскую реабилитацию, а методов социальной и педагогической реабилитации значительно меньше. Реабилитация важна в любом возрасте, ее никогда не поздно начать, но особенно она важна в раннем возрасте, когда организм еще формируется и можно многие вторичные нарушения скорректировать, компенсировать за счет сохранных навыков. Именно здесь необходимо включать помимо медицинской реабилитации, в которую входят медикаментозное лечение и различные упражнения (ЛФК, массажи и т.п.), социальную и педагогическую реабилитацию. Дети с ДЦП нуждаются в оказании специально организованной психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Чрезвычайно важна роль своевременной и качественной диагностики, профилактики и коррекции поведенческих, нервно-психических, двигательных и патохарактерологических расстройств для успешной социальной интеграции детей с ДЦП. В свою очередь, процесс социальной адаптации невозможен без достаточного уровня развития двигательных способностей ребенка. Для этого необходимо детально изучить причины, формы, прогнозы ДЦП, для того чтобы иметь полное представление об этом заболевании и способах и возможности педагогической реабилитации.

**Цель**: проанализировать и описать научно-методические основы диагностики и коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП.

**Объект** – процесс развития сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП.

**Предмет** – методы диагностики сформированности сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП.

**Гипотеза** – эффективность коррекционной работы над сенсомоторными функциями у детей дошкольного возраста с ДЦП зависит от правильно подобранного комплекса диагностики мелкой моторики и сенсорной сферы.

**Задачи**:

1. Изучить формы, причины и прогнозы ДЦП.

2. Изучить развитие сенсомоторных функций у детей с нормальным развитием и у детей с ДЦП.

3. Подобрать диагностический инструментарий для обследования сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП.

4. Проанализировать методы коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП.

**Теоретические и методологические основы исследования:**

– классификация клинических форм ДЦП К.А. Семеновой;

– классификация уровней развития мелкой моторики И.Е. Светловой;

– классификация основных типов нарушений мелкой моторики

М.М. Кольцовой;

– методика функциональных возможностей кистей рук детей с ДЦП

Е.Ф. Архиповой;

– методика диагностики состояния мелкой моторики И.Ю. Левченко;

– методика выявления особенностей мелкой моторики у детей с ДЦП

И.А. Смирновой;

– коррекционно-развивающие технологии сенсомоторного развития детей с ДЦП И.А. Смирновой.

Для решения поставленных задач использовались следующие **методы исследования**: наблюдение; анализ общенаучной и психолого-педагогической литературы по проблеме исследования; анализ и обобщение передового опыта работы педагогов по проблеме исследования.

**Теоретическая и практическая значимость.** В работе были изучены формы, причины, прогнозы ДЦП, а также развитие мелкой моторики и методики выявления навыка мелкой моторики. Систематизированы и описаны основные методы коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП.

**Структура работы.** Курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников (47 наименований). В работе содержится одна таблица, текст изложен на 43-х страницах.

1 Теоретические основы изучения особенностей психофизического

развития детей с ДЦП

1.1 Общая характеристика ДЦП: клинические формы, причины возникновения, прогноз двигательного и интеллектуального развития

Термин ДЦП объединяет целый ряд синдромов, которые возникают в связи с поражением мозга. ДЦП возникает вследствие органического поражения, недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе (внутриутробный период развития, момент родов или ранний постнатальный период). При этом особенно страдают «молодые» в филогенетическом плане отделы мозга и кора больших полушарий. ДЦП может проявляться как целый комплекс двигательных, психических и речевых нарушений, сочетаться с расстройствами зрения, слуха, различных видов чувствительности. Основной клинический синдром детских церебральных параличей это двигательные нарушения. Степень тяжести двигательных нарушений может варьироваться от минимальных до очень грубых, тяжелых [25].

Первое клиническое описание ДЦП было сделано В. Литтлем в 1853 году. В течение почти 100 лет ДЦП называли болезнью Литтля. Термин «Детский церебральный паралич» предложил Зигмунд Фрейд в 1893 году. С 1958 года этот термин официально принят ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) [37].

ВОЗ утвердила 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»

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования основных структур мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств [15].

Причины ДЦП разнообразны. Принято выделять:

1) пренатальные (во время беременности матери);

2) натальные (во время родов);

3) постнатальные (после рождения ребенка) [47].

Чаще всего причины пренатальные от 37% до 60% случаев. Натальные от 27% до 40% случаев. Постнатальные – от 3 до 25%.

Пренатальные факторы. Состояние здоровья матери (соматические, эндокринные, инфекционные заболевания матери), например, болезни сердечно сосудистой системы у матери вызывают в 45% случаев кислородную недостаточность плода. Вредные привычки матери; прием беременной женщиной различных лекарственных препаратов; отклонения и осложнения течения беременности. Фактором риска являются малый вес плода, досрочные роды, неправильное положение плода. Установлено, что высокий процент детей с ДЦП имели низкий вес при рождении. Важным является генетический фактор, т.е. наследование врожденной патологии развития.

Натальные факторы. Асфиксия в родах, родовая травма. Асфиксия в родах приводит к расширению сосудов головного мозга плода, возникновению кровоизлияний. Родовая травма связана с механическим повреждением или с давлением головы ребенка в родах.

Постнатальные факторы. Возникают на ранних этапах жизни ребенка, еще до того как двигательная система сформирована. Травмы черепа, нейроинфекции (менингиты, энцефалиты), интоксикации лекарственными веществами (некоторыми антибиотиками и др.). Травмы вследствие удушения или утопления. Опухоли мозга, гидроцефалия [11].

В некоторых случаях этиология остается невыясненной, неизвестной. ДЦП является следствием изменений в клетках головного мозга или с нарушениями развития мозга. Патологические изменения мозга у детей с ДЦП могут быть установлены с помощью компьютерной томографии [33].

В настоящее время имеется более 20 различных классификаций ДЦП. В отечественной практике чаще всего используется классификация К.А. Семеновой. Согласно этой классификации выделяют пять основных форм ДЦП:

1) двойная гемиплегия;

2) спастическая диплегия;

3) гемипаретическая форма;

4) гиперкинетическая форма;

5) атонически-астатическая форма;

6) смешанные формы ДЦП.

Двойная гемиплегия. Самая тяжелая форма ДЦП. Возникает в результате значительного поражения мозга на этапе внутриутробного развития. Имеется псевдобульбарный синдром. Термин гемипарез или гемиплегия означает, что страдает одна половина тела (лицо, рука, нога на одной стороне) [45].

Клинические проявления: ригидность мышц (ригидность – негибкость, неподатливость, оцепенелость, обусловленная напряжением мышц), сохраняющиеся на протяжении многих лет тонические рефлексы. Произвольная моторика отсутствует или слабо развита. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Грубые нарушения речи, тяжелая дизартрия вплоть до анартрии. У большинства детей выраженная умственная отсталость, что тормозит развитие ребенка и усугубляет состояние [27].

Отсутствие тормозящего влияния высших отделов нервной системы на рефлекторные механизмы ствола мозга или спинного мозга способствуют высвобождению примитивных рефлексов, в результате изменяется мышечный тонус, и появляются патологические позы. Происходит задержка или невозможность поэтапного развития цепных установочных рефлексов, которые в норме способствую тому, что ребенок постепенно обучается поднимать и удерживать голову, сидеть, стоять, затем ходить [44].

Спастическая диплегия. Известна под названием болезни или синдрома Литтля. Самая распространенная форма ДЦП. Спастическая диплегия характеризуется тетрапарезом, когда поражены руки и ноги обеих сторон тела. Ноги поражены сильнее, чем руки. Основной клинический симптом – повышение мышечного тонуса, спастичность. Наблюдается перекрещивание ног при опоре. Конечности могут застывать в неправильной позе. У 70–80% детей выраженные речевые нарушения в виде спастико-паретической (псевдобульбарной) дизартрии, иногда моторной алалии, задержки речевого развития. Ранняя логопедическая работа значительно улучшает состояние речи. Нарушения психики проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться при коррекционном воздействии. Дети могут учиться в специальных школах – интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата или в общеобразовательных школах. Часть детей имеет умственную отсталость, в этом случае они обучаются по программе школы VIII вида. Данная форма ДЦП является прогностически более благоприятной формой по сравнению с двойной гемиплегией. У 20–25% детей начинают сидеть, ходить, но со значительным запаздыванием (к 2–3 годам). Остальные передвигаются на коляске или обучаются передвигаться используя костыли. Ребенок может научиться писать, выполнять некоторые функции самообслуживания [11].

Гемипаретическая форма. Эта форма характеризуется повреждением конечности (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез, связанный с поражением левого полушария, наблюдается чаще, чем левосторонний. Дети овладевают двигательными навыками позже, чем здоровые. Уже в первый год жизни выявляется ограничение движений в пораженных конечностях, сидеть ребенок начинает вовремя или с небольшим опозданием, но поза асимметрична, с перекосом в одну сторону. Ходить ребенок обучается подавая здоровую руку. Со временем формируется стойкая патологическая поза. Приведение плеча, сгибание руки и кисти, сколиоз позвоночника. Ребенок выносит вперед здоровую часть тела. Пораженные конечности замедлены в росте, происходит укорочение пораженных конечностей. Отмечаются нарушения речи в виде моторной алалии, дисграфии, дислексии, нарушения счета. У детей наблюдается спастико-паретическая (псевдобульбарная) дизартрия. Нарушения интеллекта варьируется от легкой задержки психического развития до умственной отсталости.

Прогноз двигательного развития благоприятный, дети ходят самостоятельно, овладевают навыками самообслуживания [11].

Гиперкинетическая форма. Связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной данной формы ДЦП может быть несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или кровоизлияния в область хвостатого тела в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений – гиперкинезов. Первые гиперкинезы появляются в 4–6 месяцев чаще в мышцах языка, затем к 10–18 месяцам в других частях тела. В период новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, гипотония и дистония. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, при попытке движения. В покое гиперкинезы уменьшаются и исчезают во время сна [33].

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети долго не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять, ходить. Самостоятельно передвигаться начинают только к 4–7 годам. Походка толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять тяжелее, чем идти. Затруднена автоматизация двигательных навыков, письма. Речевые нарушения в форме гиперкинетической дизартрии (экстрапирамидная, подкорковая). Психические и интеллектуальные нарушения проявляются в меньшей степени, чем при других формах ДЦП. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, но произвольные движения, особенно мелкая моторика в значительной степени нарушены. Дети обучаются либо в специальной школе для детей с НОДА или в массовой школе. Могут в последствии обучаться в техникуме или вузе. Незначительная часть детей обучается по программе вспомогательной школы [45].

Атонически-астатическая. При данной форме ДЦП имеется поражение мозжечка, иногда сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Наблюдается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия.

На первом году жизни выявляются гипотония, задержка психомоторного развития, то есть не развиваются функции сидения, стояния, ходьбы. Ребенок затрудняется в хватании и игре с предметами, игрушками. Сидеть ребенок обучается к 1–2 годам стоять и ходить к 6–8 годам. Ребенок стоит и ходит широко расставляя ноги, походка неустойчивая, руки разведены в стороны, совершает много избыточных, качательных движений. Тремор рук и расстройство координации тонких движений затрудняют овладение навыками письма, рисования, самообслуживания. Речевые нарушения в виде задержки речевого развития, мозжечковая дизартрия, алалия. Могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести в 55% случаев. Обучение затруднено [34].

Смешанная форма. При данной форме имеются сочетания различных клинических проявлений, свойственных выше перечисленным формам: Спастико-гиперкинетическая, гиперкинетически-мозжечковая и т.д.

По степени тяжести двигательных нарушений выделят три степени тяжести ДЦП.

1) легкая – физический дефект позволяет передвигаться, иметь навыки самообслуживания;

2) средняя – дети нуждаются в помощи окружающих;

3) тяжелая – дети целиком зависят от окружающих [46].

В данном параграфе описана общая характеристика ДЦП, а именно: причины возникновения, клинические формы, прогноз двигательного и интеллектуального развития. Таким образом, стоит обратить внимание на то, что существует множество различных форм ДЦП и у каждой свои особенности проявления болезни. Помимо форм, педагоги выделяют степени тяжести двигательных нарушений. Все это позволяет более качественно оценить индивидуальные особенности каждого ребенка.

1.2 Развитие сенсомоторных функций в онтогенезе

В младенческом возрасте зрение и слух опережают развитие руки, как органа осязания и органа движения, что обеспечивает формирование всех основных форм поведения ребенка, а значит, определяет ведущее значение в этом процессе. Сохранность слуха и зрения является важнейшей предпосылкой для нормального развития речи. Это связано с тем, что речь ребенка правильно формируется только тогда, когда развивающаяся вторая сигнальная система постоянно поддерживается импульсами первой сигнальной системы, которая отражает объективную реальность. Об этом говорили Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, и Г.В Чиркина [42]. Первая сигнальная система обладает сигналами, образующими чувствами.

При помощи слуха ребенок овладевает умением подчинять деятельность своего артикуляционного аппарата сигналам, которые поступают от слухового анализатора. При помощи слуха ребенок учится понимать речь окружающих, подражать ей и контролировать свое произношение. Зрение также играет важную роль в овладении речью - ребенок внимательно наблюдает за движениями губ и языка разговаривающих с ним людей. Он повторяет эти движения, подражает им. Таким образом, совместная работа зрительного, слухового, речедвигательного и двигательного анализаторов является основой для развития речи.

В младенчестве у ребенка складывается акт рассматривания предмета, формируется хватание, приводя к развитию руки, как органа осязания и органа движения. В этом возрасте устанавливаются зрительно-двигательные координации, что способствует переходу к манипулированию, в котором зрение управляет движением руки, а также дифференцированные взаимосвязи между зрительным восприятием предмета, действием с ним и его называнием взрослым [29].

Именно в этот период двигательное развитие наиболее интенсивно, что обусловлено с темпом созревания мозга в этот период. Тем не менее, несмотря на то, что к концу младенчества основные двигательные навыки сформированы, становление двигательных функций продолжается до 5–6-летнего возраста [3]. Индивидуальные темпы двигательного развития значительно различаются у разных детей, однако во всех случаях имеет место определенная последовательность в развитии двигательных функций.

Среди других двигательных функций движения пальцев рук имеют особое значение, так как оказывают огромное влияние на развитие высшей нервной деятельности ребенка. В.М. Бехтерев отмечал, что движения руки всегда были тесно связаны с речью и способствовали ее развитию. Первая двигательная функция руки - схватывание. Как и другие двигательные акты, схватывание сначала является врожденным рефлексом (хватательный рефлекс Робинзона). В 4–5 месяцев хватание предметов приобретает выработанный, то есть условно-рефлекторный характер, и совершается с наложением на предметы всех пальцев и ладони [2].

В раннем детстве восприятие и зрительно-двигательные действия, остаются очень несовершенными. У ребенка начинает складывается новый тип внешних ориентировочных действий, а позднее и зрительное соотнесение предметов по их признакам; возникает представление о свойствах предметов. При этом освоение свойств предметов определяется их значимостью в практической деятельности. Так, у детей уже примерно с 11 месяца жизни появляются функциональные действия, отличающиеся от манипулятивных тем, что они выражают социальную сущность предмета, определяют его назначение. Дети начинают целенаправленно использовать предметы, например, катают машинку, угощают куклу чаем. В этот период совершенствуются действия рук, а также ранее выработанные действия, обобщение и перенос их на новые объекты [5].

По данным Е.М. Мастюковой, которая описала возрастные особенности развития тонкой моторики рук и зрительно-моторной координации, на втором году жизни ребенок может удерживать два предмета в одной руке, чертит карандашом, переворачивает страницы книги, ставит друг на друга от двух до шести кубиков. На третьем году жизни при нормальном развитии ребенок открывает крышки, пользуется ножницами, красит пальцем и нанизывает бусы. Он удерживает карандаш пальцами, копирует отдельные геометрические формы несколькими чертами, собирает и строит постройки из девяти кубиков [28].

В дошкольном возрасте сенсомоторные функции рассматриваются в качестве особой познавательной деятельности, имеющей свои цели, задачи, средства и способы осуществления. Игровое манипулирование сменяется действиями обследования предмета и превращается в целенаправленное его опробование для уяснения назначения его частей, их подвижности и связи друг с другом.

К старшему дошкольному возрасту обследование приобретает характер экспериментирования, обследовательских действий, последовательность которых определяется не внешними впечатлениями ребенка, а поставленной перед ними задачей, меняется характер ориентировочно-исследовательской деятельности. От внешних практических манипуляций с предметом дети переходят к ознакомлению с предметом на основе зрения и осязания.

Е.Ф. Архипова и М.М. Кольцова считают, что важнейшей отличительной особенностью восприятия детей 3–7 лет выступает тот факт, что, соединяя в себе опыт других видов ориентировочной деятельности, зрительное восприятие становится одним из ведущих при ознакомлении с окружающим. В этом возрасте дети активно осваивают сенсорные эталоны, у них возрастает целенаправленность, планомерность, управляемость и осознанность восприятия [4].

Далее следует привести определение Е.А. Екжановой и Е.А. Стребелевой, что такое моторика. Моторика – это совокупность движений тела, совершаемых под управлением психологических реакций организма. Моторные процессы, которыми владеет человек, дают представление об уровне развития его координации и интеллекта [10].

Проанализировав психолого-педагогическую литературу можно выделить несколько видов двигательной активности:

1. Общая, или крупная, моторика отвечает за движения группы мышц. Пример подобной активности – бег или приседание [40].

2. Мелкая моторика – движения кисти рук или пальцев. Развитые двигательные реакции рук помогают нам шнуровать ботинки или закрывать дверь на ключ. К мелкой моторике относятся действия, в которых необходимо совмещать движения глаз и рук, как в рисовании, например [36].

3. Артикуляционная моторика – совокупность скоординированных движений органов речевого аппарата и обеспечивающая одно из условий правильного звукопроизношения [7].

И.Е. Светлова выделяет и содержательно характеризует 3 уровня развития мелкой моторики: высокий, средний, низкий.

Высокий уровень развития характеризуется хорошей скоординированностью движений рук, точностью, ловкостью, плавностью движений без напряжения, равномерным темпом движения рук, правильным удержанием позы.

Средний уровень развития моторки характеризуется недостаточной скоординированностью движений, быстротой и неточностью движений, колебаниями темпа движения рук, нарушением позы на фоне утомления.

Низкий уровень развития – напряженностью и нескоординированностью темпа движений рук, ручной неловкостью, нарушением позы рук, резкостью движений [32].

Занимаясь исследованием вопросов детской психологии и педагогики, ученые пришли к следующим выводам. Около трети коры головного мозга отвечает за развитие моторики рук. Кроме того, эта треть расположена максимально близко к речевому центру. Сопоставление этих фактов дало основания считать двигательную активность кистей и пальцев ответственной за речь человека.

В связи с этим развитие мелкой моторики рук ребенка раннего возраста является одной из основополагающих задач при обучении речевым навыкам. Разумеется, наряду с совершенствованием артикуляционной активности [18].

Помимо вышеуказанной зависимости, мелкая моторика оказывает непосредственное влияние на формирование логики, мыслительных навыков, укрепление памяти, тренировку наблюдательности, воображения и координации. Дети, которые лучше владеют своими руками, проявляют усидчивость и медленнее утомляются [41].

Таким образом, можно сделать вывод, что онтогенез движений рук ребёнка в психологической литературе исследован достаточно полно такими авторами, как И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, И.М. Сеченов, В.А. Сухомлинский, М.М. Кольцова. Показана взаимосвязь развития моторики с созреванием соответствующих зон мозга и развитием важнейших психических функций, выявлена возрастную динамику этого процесса, показано его совершенствование в ходе развития ребёнка [17].

Важную роль в мелкой моторике отводят зрительному контролю. Зрительно-моторные координации – содружественные движения глаз и руки как внешние перцептивные действия. По мнению Лидии Петровны Григорьевой, при глубоких нарушениях зрения координация движений глаза и руки может быть плохо сформирована вследствие недостаточного развития навыка использования остаточного зрения [9].

В ходе описания мелкой моторики рук и двигательных навыков Лидией Петровной дается следующая характеристика мелких моторных движений:

1. Гибкость – это способность выполнять движения с большой амплитудой. Характеризуется степенью подвижности в суставах. Различают активную и пассивную гибкость.

Активная гибкость – это способность выполнять движения с большой амплитудой за счет активности группы мышц.

Пассивная гибкость – это способность к достижению подвижности в суставах в результате действия внешних сил. Подробно гибкость движений описывает В.И. Сиваков [35].

2. Ловкость – это способность быстро осваивать сложные по координации движения, их элементы; точность, экономичность выполнения; то есть ловкость – это способность к управлению своими движениями, как писал Н.А. Фомин [43].

3. Быстрота – это способность выполнять двигательные действия в кратчайший срок. По мнению В.П. Ермаковой, она имеет три формы проявления:

– скорость реакции на раздражитель;

– предельная скорость одиночного движения;

– частота многократно повторяемых движений [22].

4. Синхронность – это способность рук – совершать движения с одной скоростью, двигаться в одном направлении, точность движений.

5. Выносливость – это способность выполнять длительное время достаточно интенсивную физическую работу, т.е. бороться с утомлением, возникающим при работе.

6. Точность – это правильность выполнения движений [6].

А.А. Катаева и Е.А. Стребелева выделяют следующие виды действий: предметные, соотносящие, орудийные и манипулятивные действия. Предметные действия – это такие действия, когда предмет используется в соответствии с его функциональным назначением. Так, например, если ребенок берет в руки ложку и стучит ей по столу, это не предметное действие, а манипуляция с предметом, так как функция ложки – другая; предметным, действие будет тогда, когда ребенок использует ложку для еды. Формирование двигательных функций, в том числе и тонких движений рук, происходит в процессе взаимодействия ребенка с окружающим предметным миром. Манипулятивные действия с предметами осваиваются ребенком через научение в процессе его общения со взрослыми. Таким образом, у ребенка формируется предметное мышление. Соотносящие действия – это такие действия с предметами, в которых ребенок должен привести один предмет в соответствие с другим или одну часть предмета в соответствие с другой, опираясь на какие-либо признаки, свойства предметов. Орудийные действия – это действия, в процессе которых один предмет-орудие употребляется для воздействия на другие предметы. Орудия позволяют выполнять такие действия, преобразования, которые без них были бы невозможны (ложка, вилка, карандаш, молоток, ножницы, иголка и т.п.). При использовании орудия действия руки ребенка подчиняются логике его применения, в самом устройстве которого зафиксирован общественно выработанный способ его употребления [14].

Таким образом, мелкая моторика – это совокупность скоординированных действий нервной, мышечной и костной систем, часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног. Мелкая моторика развивается естественным образом начиная с младенческого возраста на базе общей моторики. В дошкольном и раннем школьном возрасте моторные навыки становятся более разнообразными и сложными. Увеличивается доля действий, которые требуют согласованных действий обеих рук. Изучение развития сенсомоторных функций в онтогенезе является своего рода вектором, то есть нормой, к которой необходимо стремиться.

# 1.3 Развитие сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП

Всестороннее представление об окружающем предметном мире у человека не может сложиться без тактильно – двигательного восприятия, так как оно лежит в основе чувственного познания. Именно с помощью тактильно-двигательного восприятия складываются первые впечатления о форме, величине предметов, их расположений в пространстве.  
Нарушение координации движений ручной моторики у детей с интеллектуальными нарушениями отмечается такими авторами, как С.К. Ефимовой, Е.А. Екжановой, А.Н. Корневым, Л.В. Цветковой. Эти нарушения проявляются в неспособности детей целенаправленно управлять своими движениями [30].

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность и затрудняющие **развитие** самостоятельность передвижения, ставят больного ребёнка в полную зависимость от ближайшего окружения. В то же время отсутствие единства зрительного, двигательного, тактильного образов затрудняет приобретение трудовых умений, навыков самообслуживания [46].

Развитие сенсомоторной сферы тесно переплетается с развитием других форм психической деятельности, служит базой для формирования мышления и речи. У детей с церебральным параличом формирование сенсорных эталонов задерживается и нарушается в связи с органическим поражением мозга, двигательной деривацией, нарушением зрительного, слухового и, в первую очередь, двигательно-кинестетического анализаторов. В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена манипулятивно-предметная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации препятствует формированию полноценного восприятия и познавательной деятельности. Чувственное познание уже с первых месяцев жизни ребёнка развивается аномально. Это ведёт к ограничению практического опыта и становится одной из причин нарушения формирования высших психических функций.

У **детей** трудно формируется согласованность двигательной и чувственной сферы, так как недостаточно **развит** каждый орган чувств в отдельности [20].

Проблемой нарушения сенсомоторных функций у детей с ДЦП занимались такие ученые, как К.А. Семенова, Н.А. Бернштейн, М.Б. Эйдинова, А.Р. Лурия, Е.М. Мастюкова, Е.Н. Правдина-Винарская, В.В. Кудряшов, Е.А. Радионова, Е.А. Огородникова и другие. Проанализировав психолого-педагогическую литературу выше перечисленных ученых, занимавшихся данной проблемой, можно выделить, что у **детей с ДЦП отмечаются следующие нарушения**:

1. Нарушение координации движения глаз и рук.

2. Замедленное, недостаточное, недифференцированное зрительное восприятие, обусловленное невозможностью фиксации взора и прослеживание за предметами.

3. Нарушение координации движений, общая **психомоторика**, что приводит к патологии восприятия собственных ощущений и движений.

4. Ребёнок недостаточно узнаёт предметы на ощупь.

5. Двигательные нарушения усиливают нарушения артикуляции **моторики и звукопроизношения**.

6. Нарушается взаимодействие зрительно-**моторных** и оптико-пространственных систем, что затрудняет формирование автоматизированных движений руки.

7. У ребёнка с трудом формируется «двигательный» образ буквы, слова.

8. Страдает осмысление сложных логико-грамматических конструкций в предложениях.

9. Отмечаются пространственные нарушения и пространственная дезорганизация (дети часто не могут довести начатое дело до конца).

10. Трудности в воспроизведении движений по образцу.

11. Нарушается темп выполнения и воспроизведения.

12. Снижена двигательная память и замедленный, неуверенный темп при переносе двигательных поз пальцев с одной руки на другую.

13. Если движения пальцев рук отстаёт, то задерживается и речевое **развитие**.

Все перечисленные особенности у **детей сочетаются с общей моторной недостаточностью**.

Причины недостаточного **развития моторики** различны и многообразны. Прежде всего – это ослабленное здоровье и сниженные показатели общего физического **развития**, патология тонуса мышц, наличие насильственных движений.

М.М. Кольцова описывает три основных типа нарушений мелкой моторики [16]:

– нарушения подачи сигнала, на выполнение действия (например, при органических поражениях головного мозга, инсульте, травмах головы);

– нарушения передачи сигнала (например, при болезни Паркинсона);

– нарушения в приёме и выполнении сигнала (при ДЦП, травмах конечностей, недостаточной степени развития ловкости и т.д.).

Нарушения общей и мелкой моторики у детей с ДЦП связаны с особенностями самого заболевания – преимущественным поражением двигательных зон головного мозга и проводящих путей. Дети с ДЦП резко ограничены в движениях: у них с трудом формируются навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности [21].

Нарушения мелкой моторики в раннем и младенческом возрасте включают в себя, прежде всего, нарушения созревания большого моторного акта и тонкой моторики, а также разнообразные стереотипии, тики, расстройства по типу кататонических. Задержка становления моторики отмечается еще с периода развития зрительно-моторной координации. При этом запаздывает формирование ручной умелости. Дети с запаздыванием начинают захватывать игрушки, долго не осваивают пинцетный захват предмета двумя пальцами, начинают ходить позже обычных сроков. Иногда дети начинают ползать уже после овладения ходьбой, долго не могут освоить функции вставания. Таким образом, отмечается нарушение последовательности формирования функции моторики.

На примере нарушений становления моторики особенно наглядно прослеживается такое довольно часто выделяемое в психическом развитии детей первых лет жизни явление как псевдо ретардация. Она проявляется в том, что на определенных этапах онтогенеза ребенок как бы производит впечатление «задержанного» в моторном развитии, тогда как на последующих этапах или даже в иных условиях при повторном обследовании в тот же период эти проявления «задержки» могут компенсироваться или не обнаруживаться [8].

Поражение двигательной сферы при церебральном параличе может быть выражено в различной степени. Особенностью двигательных нарушений у детей с ДЦП является не только трудность или невозможность выполнения тех или иных движений, но и слабость ощущений этих движений, в связи, с чем у ребенка не формируются правильные представления о движении. В результате поражения мышечного аппарата глаза согласованные движения руки и глаза развиваются недостаточно. Ребенок с церебральным параличом часто не следит глазами за движениями своей руки, что препятствует выработке навыков самообслуживания, а также затрудняет развитие учебных навыков (чтения и письма) и познавательной деятельности.

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность, способствуют формированию у ребенка пассивности, безынициативности, нарушению развития мотивационной и волевой сферы. Для детей с церебральным параличом характерна повышенная утомляемость. Они быстро становятся вялыми, раздражительными, с трудом сосредотачиваются на задании. При неудачах быстро утрачивают интерес к работе, возникает двигательное беспокойство, у них легко возникают реакции недовольства, упрямства и негативизма [12].

Большинство детей имеет нарушение или недоразвитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации. Движения рук бывают неловкими, несогласованными, у них часто не выделяется ведущая рука. Многие дети не в состоянии одновременно действовать двумя руками сразу. Недостаточное развитие зрительно-двигательной координации приводит к тому, что ребенок часто промахивается при попытке взять предмет, так как неверно оценивает направление [13].

В настоящем параграфе описаны основные сенсомоторные нарушения. Изучив подробно возможные нарушения, мы имеем полное представление о состоянии мелкой моторики и сенсорной сферы у детей дошкольного возраста с ДЦП. После подробного изучения характеристики детей с ДЦП и нарушений сенсомоторных функций, можно переходить к научно-методическим основам диагностики и коррекции нарушений мелкой моторики и сенсорных функций.

2 Научно-методические основы диагностики и коррекции психических и сенсомоторных функций детей дошкольного возраста с ДЦП

2.1 Общие подходы в диагностике сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП

При оценке двигательных возможностей ребенка для развития его познавательной деятельности необходимо учитывать состояние моторики не только в момент обследования, но важно обратить внимание на время овладения ребенком теми или иными двигательными навыками (время удержания головы, время первых захватываний игрушек, время самостоятельного передвижения) [24].

Важное значение при оценке двигательной сферы детей с ДЦП играет уровневый подход с учетом особенностей нарушения развития моторной сферы, обусловленных недостаточностью различных отделов нервной системы. Например, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении коркового уровня страдают сила точность движений, формирование предметных действий.

Вторым важным моментом в исследовании двигательных функций у детей с церебральным параличом является оценка их «функциональной приспособляемости» к своему двигательному дефекту. У детей с сохранным интеллектом она достаточно выражена, т.е. ребенок, несмотря на тяжелый гипертонус, пытается схватить предмет и приспосабливается его рассматривать, удерживая предмет в кулаке или между средним и безымянным пальцами [26].

У многих детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются сенсорные нарушения, которые проявляются в недостаточности зрительного и слухового восприятия, в недостаточности перцептивных действий.

В отечественной психологии под перцептивными действиями понимают восприятие, направленное на создание образа предмета. Основное свойство перцептивного образа его предметность, формируется при соотнесении субъектом получаемой сенсорной информации с действительными качествами воспринимаемого объекта, для обнаружения которых недостаточно одного созерцания, а требуется практическое взаимодействие с объектом. Перцептивное действие осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции [24].

Таким образом, перед применением методик диагностики сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП необходимо наблюдение за ребенком, за его игрой, манипуляции предметами. Важно оценить не только каким образом он производит действия, но и наличие интереса к тем или иным игрушкам, взаимодействие с детьми и взрослыми.

2.2 Обследование зрительного восприятия у дошкольников с ДЦП

У детей с ДЦП могут существенно страдать зрительные функции на всех этапах развития. У многих детей с церебральными параличами отсутствует активность при зрительном восприятии предметов. Ребенок не ищет глазами спрятанный или упавший предмет.

При исследовании зрительного восприятия у ребенка с церебральным параличом ему показывают яркую блестящую игрушку, которую помещают в поле его зрения, и отмечают возможность и длительность фиксации взора на ней, прослеживания ее во всех направлениях. Психолог отмечает, тянется ли ребенок к видимой игрушке. При недостаточности указанных функций необходимо определить причину этих нарушений: отсутствие интереса, преобладание реакций страха, грубое нарушение глазодвигательной иннервации, тяжелая двигательная патология. Наряду с указанными наиболее простыми зрительными функциями исследуют узнавание знакомых игрушек, картинок (в 1–2 года), возможность сличения цветов (в 2–3года). Например, исследование сличения цветов проводят в виде обучающего эксперимента. Дают занятие по подбору шариков по цвету. При этом 6–8 шариков одинакового размера, окрашенных в два цвета, складывают в общую коробку. На стол помещают две пластмассовые тарелочки такого же цвета, как шарики. Педагог на глазах у ребенка берет красный шарик, кладет его в красную тарелку, затем дает синий шарик и просит положить его в соответствующую по цвету тарелку. Если ребенок с тяжелым двигательным поражением, то он должен взглядом указать на тарелку, куда надо положить шарик соответствующего цвета. Постепенно задание усложняют: увеличивают количество предъявляемых ребенку цветов. При оценке результатов учитывают объем оказанной ребенку помощи [24].

В заключение можно сказать, что исследуя зрительное восприятие необходимо предъявлять задания используя принцип подачи материала от простого к сложному. Так же важно следить за тем, указывает лиребенок взглядом на необходимый предмет при тяжелых двигательных и речевых поражениях.

2.3 Обследование слухового восприятия у дошкольников с ДЦП

Наряду с нарушениями зрительного восприятия у детей с церебральными параличами может отмечаться недостаточность слухового восприятия. Слуховое восприятие у детей с ДЦП подробно обследуют в тех случаях, когда ребенок не понимает или ограниченно понимает обращенную речь. Исследуют состояние ориентировочного слухового рефлекса проверяют возможность локализации звука в пространстве. Для этого ребенку предлагают указать жестом или взглядом спрятанный звучащий предмет. Если у ребенка есть подозрение на нарушение слуха, необходимо обследование у сурдолога.

У некоторых детей с ДЦП отмечается повышенная чувствительность к слуховым раздражителям. Эти дети вздрагивают при любом неожиданном звуке. У многих детей это выражение врожденного безусловного рефлекса Моро, который при нормальном развитии является физиологическим до шести месяцев, но у детей с ДЦП сохраняется значительно дольше.

При исследовании зрительного и слухового восприятия необходимо выявить, имеется ли у ребенка диссоциация реагировании на зрительные и слуховые раздражители. Если это наблюдается, то возможно нарушение сенсорной функции. Если ребенок слабо реагирует на оба раздражителя, то это может быть связано с нарушением познавательной активности, что выявляется у детей с задержкой психического развития или с умственной отсталостью [23].

Таким образом, при обследовании слухового восприятия важно определить нарушен ли слух или у ребенка наблюдаются интеллектуальные нарушения, так как у дошкольников с ДЦП зачастую страдает возможность определения локализации звука в пространстве. Именно поэтому крайне важно адекватно оценить слуховое восприятие детей с ДЦП.

2.4 Диагностика интеллектуального развития дошкольников с ДЦП

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП в дошкольном возрасте используют различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных нарушений в умственном развитии детей с ДЦП, основное внимание при психологическом обследовании следует уделять уровню развития сенсорно-перцептивной деятельности. На первых этапах обследования рекомендуется исследовать особенности развития зрительного восприятия: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений. Обязательно в обследование необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень развития количественных представлений [31].

При исследовании особенностей сенсорного и интеллектуального развития дошкольников с ДЦП важен не только сам результат выполнения заданий, а главное – способ их выполнения. Методики должны быть построены соответственно особенностям уровня развития предметно-практических манипуляций.

Для проведения обследования необходимо иметь следующее оборудование и материал: детский стол и стул, а если ребенок самостоятельно не сидит, то специальное кресло.

Следует иметь также определенный материал для обследования: доска Сегена; четырехцветные блоки и такого же цвета доска к ним; кубики Косса (детский двухцветный вариант); лото «цвет и форма», «цвет и количество»; набор объемных и плоских фигур для осязания; предметные картинки; набор карточек для исследования обобщений методом исключения; цветные карандаши, альбомы для рисования. Во время свободной игры ребенка психолог фиксирует следующие моменты: проявляет ли ребенок интерес к игрушкам; как длительно ими занимается; правильно ли употребляет игрушку [24].

В заключение можно добавить, что наряду с обследованием зрительного и слухового восприятия необходимо оценить интеллектуальные возможности ребенка с детским церебральным параличом. Важно определить, где у дошкольника нарушение в зрительной или слуховой сфере, а где отмечается интеллектуальное нарушение. От этого зависит дальнейшая работа по коррекции сенсомоторных нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП.

2.5 Методики диагностики мелкой моторики дошкольников с ДЦП

Далее рассмотрим методики диагностики мелкой моторики у детей дошкольного возраста с ДЦП. Ниже приведена методика диагностики функциональных возможностей кистей рук детей 2–3 лет с ДЦП Е.Ф. Архиповой [1].

Для выявления функциональных возможностей кистей рук у детей с ДЦП, необходимо провести обследование по следующим параметрам:

1) направление руки к предмету;

2) захват предмета, его удержание в руке;

3) произвольное опускание предмета;

4) простейшие манипуляции с предметом;

5) свободное манипулирование предметами;

6) дифференцированные движения пальцев рук.

Для проведения обследования необходимо расположить предмет (любую небольшую игрушку – в зависимости от лексической темы, возраста или интересов ребенка) на расстоянии вытянутой руки ребенка. Например, это будет фигура собачки высотой 8 см и диаметром 8 см. Далее следует инструкция: «Где собачка?» Затем: «Возьми ее». При этом необходимо проследить, какой рукой ребенок показал и взял игрушку. Потом нужно предложить ребенку поиграть с ней, и следить, насколько он будет свободно манипулировать ею. Затем надо попросить ребенка показать, как собачка ходит (собачке нужно «дойти» до своей «будки»). Как собачка «дойдет» до «будки» (коробочки), попросить ребенка опустить ее туда. На дифференцированные движения пальцев рук можно дать пальчиковую гимнастику («Пальчики здороваются», «Моя семья», «Человечки бегают») и проверить, всеми ли пальцами он пользуется. Это обследование проводится два раза в год: в начале и в конце года.

В методике представлены критерии оценок:

– норма формирования функции – 3 балла;

– недостаточное формирование функции – 2 балла;

– патологические особенности формирования функции – 1 балл;

– отсутствие функции – 0 баллов.

Далее полученные баллы суммируются по каждому параметру обследования и приводятся результаты диагностики функциональных возможностей кистей рук детей с ДЦП:

– отсутствие или патологические особенности формирования функции – 0–6 баллов;

– патологическое или недостаточное формирование функции – 7–12 баллов;

– функция сформирована или на стадии формирования – 13–18 баллов.

Рассмотрим методику диагностики мелкой моторики И.Ю. Левченко [19]:

Таблица 1 – Протокол определения ведущей руки и подвижности пальцев

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Действие | Правая рука | Левая рука |
| Захват кистью |  |  |
| Захват пальцами |  |  |
| Конструирование из кубиков |  |  |
| Попеременное соединение всех пальцев руки с большим пальцем |  |  |
| Загибание пальцев |  |  |

Левченко Ирина Юрьевна предлагает методику, направленную на определение ведущей руки и подвижности пальцев рук. Для проведения данной методики необходимы следующие предметы: игрушка (крупная – для захвата кистью, мелкая – для захвата пальцами), четыре кубика.

Первое задание: «Захват крупных предметов кистью, а мелких пальцами». Инструкция: «Возьми игрушку». В таблице, приведенной выше, отмечается, какой рукой ребенок взял игрушку.

Второе задание: «Конструирование из кубиков». Ребенку предлагается построить башню из четырех кубиков. Отмечается, какой рукой он производил действия.

Далее даются упражнения на определение подвижности пальцев рук:

Первое упражнение: «Попеременное соединение всех пальцев обеих рук с большим пальцем».

Второе упражнение: во время пальчиковой гимнастики под счет загибать и разгибать пальцы обеих рук. Загибать, начиная с большого пальца, разгибать – с мизинца.

При выраженном предпочтении левой руки в задании ставится знак «+» в графу «Левая рука», при предпочтении правой – в графу «Правая рука». Если при выполнении заданий ребенок одинаково часто использует как правую, так и левую руку, знак «+» ставится в обе графы.

Подвижность пальцев оцениваем по трехбалльной шкале:

– хорошая подвижность всех пальцев – 3 балла;

– недостаточная подвижность некоторых пальцев – 2 балла;

– недостаточная подвижность всех пальцев – 1 балл.

Каждое задание оценивается по приведенной выше шкале. Во время выполнения упражнений оцениваются подвижность обеих рук. Итого 6 заданий, по которым суммируются баллы, вследствие чего высчитываются следующие результаты:

– подвижность пальцев не сформирована – 6–9 баллов;

– подвижность пальцев недостаточно сформирована – 10–14 баллов;

– хорошая подвижность пальцев рук – 15–18 баллов.

Далее рассмотрим методику выявления особенностей мелкой моторики у дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата И.А. Смирновой [38].

Для того чтобы выявить особенности мелкой моторики у дошкольников с ДЦП, необходимо предложить детям следующие задания:

1) собрать пальцы в цепочку;

2) двумя пальцами руки «ходить» по столу;

3) запустить пальцами мелкие волчки;

4) надеть деталь пирамидки на штырь;

5) сжать пальцы (не сжимает, сжимает слабо, сжимает сильно).

Выполнение первых четырех заданий оценивается по четырехбалльной шкале:

– ребёнок не понимает условие задания и не справляется с его выполнением – 1 балл;

– ребёнок принимает задание, пытается выполнить, но не справляется – 2 балла;

– ребёнок принимает условия задания, самостоятельно выполняет только после длительных усилий, выполнение причиняет ему неудобства или боль – 3 балла;

– ребёнок понимает и принимает условие задания, самостоятельно справляется с его выполнением – 4 балла.

При выполнении заданий следует обращать внимание на то, какой рукой ребенок совершает манипуляции.

После выполнения всех заданий, результаты суммируются, что позволяет оценить состояние моторики рук:

– показатель свидетельствует о неблагополучии мелкой моторики, ребенок практически обездвижен, нуждается в постоянной помощи – 4–6;

– показатель говорит о неудовлетворительном состоянии мелкой моторики, ребенок имеет тяжелые расстройства произвольных движений, навыками самообслуживания владеет частично, нуждается в постоянной помощи – 7–10;

– состояние моторики рук в удовлетворительном состоянии, при систематической коррекционной работе могут овладеть навыками самообслуживания, письма и некоторыми трудовыми навыками – 11–13;

– состояние моторики рук в удовлетворительном состоянии, ребенок испытывает затруднения в выполнении тонких дифференцированных движений, но в целом прогноз благоприятный – 14–16.

Помимо специально организованных диагностических методик выявления особенностей мелкой моторики у детей с ДЦП, осуществляется наблюдение за детьми во время их самостоятельной деятельности, общих режимных моментов и совместной деятельности с воспитателями. Какой рукой ребенок предпочитает пользоваться во время игр, какой рукой держит ложку, карандаш, кисточку и т.д., насколько долго может удержать предмет в руке, присутствуют ли при манипуляциях насильственные движения – все данные, полученные в результате наблюдения, тоже заносятся в диагностическую карту, вместе с результатами диагностических тестов.

Таким образом, подходя к вопросу диагностики сенсорной сферы и мелкой моторики у детей дошкольного возраста с ДЦП, необходимо выделить основные параметры, которые важно изучить, а также подобрать методики диагностики сенсомоторных функций. Изучив основные нарушения у детей с ДЦП, подобрав необходимые методики диагностики, мы имеем полное представление о состоянии сенсомоторных функций у каждого ребенка, то есть осуществляется индивидуальный подход к воспитаннику. Корректная диагностика помогает составить индивидуальный план коррекционной работы, что позволяет достигнуть эффективных результатов.

2.6 Научно-методические основы коррекции сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП

Дети с ДЦП испытывают дефицит мультисенсорного взаимодействия: зрительного, слухового, вестибулярного и проприоцептивного (восприятие своего тела) – то есть у них нарушено чувство равновесия, искажено восприятие направления движений, нарушена пространственная ориентация.

В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена предметно-манипулятивная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь. В сочетании с недоразвитием зрительно-моторной координации, все это препятствует формированию полноценного предметного восприятия и познавательной деятельности ребенка, что является важным для детей с ДЦП [19].

Стимуляция сенсорного развития, зрительного и тактильного восприятия, развитие и усиление ощущений и восприятия вкуса и запаха в раннем возрасте воздействует на головной мозг и активизирует двигательные реакции. Успешность физического, умственного и эстетического воспитания в значительной степени зависит от уровня сенсорного развития детей, то есть от того, насколько совершенно ребенок слышит, видит, осязает окружающее; насколько качественно он может оперировать этой информацией; насколько точно эти знания он может выразить в речи. У детей с ДЦП формирование процессов восприятия задерживается и нарушается в связи с органическим поражением мозга, двигательной депривацией, нарушением зрительного, слухового и, в первую очередь, двигательно-кинестетического анализаторов. У них патологически развивается восприятие схемы положений и движений тела.

Для сенсомоторного развития детей с ДЦП ставятся следующие коррекционно-развивающие задачи [39]:

1. Развитие двигательной активности детей:

– нормализация мышечного тонуса рук;

– совершенствование движений.

2. Развитие функциональных возможностей рук, мелкой моторики:

– развитие правильных движений обеих рук поочередно;

– тренировка изолированных движений рук;

– развитие движений пальцев рук;

– формирование правильного захвата;

– тренировка правильного способа удержания предмета;

– развитие моторики в соответствии со звучащим текстом.

3. Развитие пространственных представлений:

– рисование пальцем;

– пальчиковые игры;

– ориентировка на столе, ориентировочно-поисковые действия.

5. Стимуляция развития речи:

– активизация звукоподражания;

– пальчиковые игры со звукоподражанием;

– соотнесение игрушки со звукоподражанием;

– соотнесение действия со словом;

– имитация действий в соответствии со звучащим текстом.

6. Формирование первичных представлений об окружающем мире:

– активизация ощущений и чувственного опыта ребенка;

– знакомство с цветом, размером, формой, звуками, поверхностями;

– соотнесение предметов по данным показателям;

– формирование целостности восприятия предметов;

–формирование представления о свойствах предмета [39].

Основной вклад в разработку вопросов по работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата в дошкольном возрасте внесли Е.М. Мастюкова, И.И. Мамайчук, Л.М, Шипицина, И.А. Смирнова, Л.С. Выготский, И.Ю. Левченко, Е.И. Кириченко, Е.И. Калижнюк, Е.М. Данилова. В их трудах отмечается, что условия образовательной среды, созданные в детском саду, влияют на физическое, психологическое состояние дошкольников, уровень их учебной мотивации, успешность в обучении [19].

Проанализировав педагогический опыт выше приведенных педагогов, были отобраны следующие упражнения и необходимые пособия для развития сенсомоторных функций у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Для развития зрительного восприятия используются следующие пособия: мозаики, рамки-вкладыши (может быть использован принцип выкладывания по форме, по размеру, по цвету), пирамидки, несложные пазлы.

Для развития слухового восприятия, слуховой памяти и фонематического слуха – погремушки, музыкальные инструменты (бубен, колокольчик, металлофон), звучащие шарики, шумовые бутылочки.

Для формирования представлений о цвете, форме и величине можно использовать разноцветные кубики, шарики, разноцветные палочки, предметы разной формы и величины.

Для развития пространственных представлений используются мячики, колечки, кубики, палочки, конструктор. Ребенку предлагается повторять за воспитателем задание, причем каждое движение должно быть озвучено и повторено ребенком.

Для развития обоняния используем нюхательные баночки, в которых находится: кофе, мёд, чай, перец, высушенные корочки лимона.

Для развития мелкой моторики рук у детей с диагнозом ДЦП используются различные приемы и средства. Наиболее эффективными являются: «шнуровки» – нанизывание фигурок на шнурок, готовых «бусин» из мелкого материала различных геометрических форм и расцветок; застегивание пуговиц, крючков, молний; игры с конструктором, кубиками, мозаикой (детали должны быть достаточно крупные); складывание матрешек; сминание руками пищащих игрушек, различной бумаги; складывание пазлов, проталкивание мячиков палочкой в трубах разного диаметра, завязывание узлов на верёвке.

Для развития тактильных ощущений ребенка с ДЦП применяются легкие массажные движения, используются поверхности с различной на ощупь фактурой. Образ предмета, полученный на основе тактильного восприятия, необходимо воспроизвести в продуктивной деятельности – слепить, нарисовать. В ходе работы по формированию тактильного восприятия дети должны научиться: выбирать предметы на ощупь, правильно соотносить их форму и величину; различать на ощупь ткани разной фактуры; узнавать предмет по обводящему движению пальцем; различать поверхности предметов, при этом они должны пользоваться соответствующим словарем.

Для развития сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП используются упражнения с водой, крупами, песком и другими сыпучими и пластичными материалами.

Таким образом, изучив психолого-педагогическую литературу по коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП, были определены упражнения, направленные на развитие моторики и сенсорной сферы. Правильно подобранные упражнения по развитию сенсорного восприятия позволят ребенку адаптироваться к окружающей среде, а также будут способствовать развитию работы мышц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения и т.д. Тяжесть инвалидизации у детей с ДЦП оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются, оказываются необучаемыми. Дети с данным диагнозом нуждаются в оказании специально организованной психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Важную роль в успешной социальной интеграции дошкольников с ДЦП играют своевременная и качественная диагностика мелкой моторики и сенсорных функций, с последующей коррекцией сенсомоторных нарушений.

При отборе специализированных методик обследования сенсомоторных функций у детей с ДЦП необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого воспитанника, причины его заболевания, форму, а также прогноз, то есть предполагаемый результат, на который планируется выйти по итогу работы. Для того чтобы изучить особенности сенсомоторных функций у дошкольников с детским церебральным параличом важно изучить особенности развития детей с ДЦП, а также развитие сенсомоторных функций в онтогенезе.

После изучения особенностей развития детей с ДЦП, были отобраны методики диагностики состояния мелкой моторики у дошкольников Е.Ф. Архиповой, И.Ю. Левченко, И.А. Смирновой.

В настоящей работе описаны основные методы и приемы коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП, предложенные педагогами, которые занимались данной проблемой.

Проанализированные методы диагностики и коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП будут использованы в диссертационной работе. Планируется обследовать состояние мелкой моторики у дошкольников с ДЦП детского сада. Проанализировав результаты с занесением в таблицу, будут составлены индивидуальные программы развития сенсомоторных функций. На занятиях будут использованы упражнения, способствующие развитию мелкой моторики, с учетом индивидуального развития, направленные также на развитие сенсорной сферы. Развитие мелкой моторики будет проходить опосредованно через сенсорную сферу, задействовав все органы чувств.

Таким образом, цель курсовой работы – проанализировать и описать научно-методические основы диагностики и коррекции сенсомоторных функций у дошкольников с ДЦП – достигнута, задачи реализованы. Выдвинутая гипотеза – эффективность коррекционной работы над сенсомоторными функциями у детей дошкольного возраста с ДЦП зависит от правильно подобранного комплекса диагностики мелкой моторики и сенсорной сферы – доказана.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М., 2009.

2. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста. – М., 2007.

3. Архипова Е.Ф. Коррекционно-педагогическая работа при церебральном параличе у детей в доречевой период. – М., 1991.

4. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М., 2007.

5. Вайнер Э.Н. Лечебная физическая культура. – М., 2011.

6. Власова Т.А., Лубовский В.И., Цыпина Н.А. Дети с задержкой психического развития. – М., 1984.

7. Волкова Л.С., Селиверстов В.И. Хрестоматия по логопедии. – М., 1997.

8. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. – М., 1998.

9. Григорьева Л.П., Фильчикова Л.И., Алиева З.С. Дети с проблемами в развитии: комплексная диагностика и коррекция. – М., 2002.

10. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. – М., 2003.

11. Иваницкая И.Н. Детский церебральный паралич. – М., 1993.

12. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека. – СПб., 2003.

13. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. – М., 1993.

14. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. – М., 2001.

15. Колкер И.А. Другие дети: Органические поражения нервной системы у детей. – Одесса, 2007.

16. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М., 1973.

17. Кольцова М.М., Рузина М.С. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. – Екатеринбург, 2004.

18. Коноваленко С.В. Конструирование против ДЦП. Начальный этап обучения конструированию дошкольников с детскими церебральными параличами. – М., 2005

19. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2001.

20. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич. Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. – М., 2008.

21. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. Коррекция стертой дизартрии. – Спб., 2000.

22. Лурия А.Р. Умственно отсталый ребенок. – М., 1990.

23. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб., 2006.

24. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб., 2001.

25. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб., 2000.

26. Марковская И.Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза. – М., 1982.

27. Мещерякова Э.И., Иванова В.С. Учет отношения родителей к заболеванию ребенка ДЦП в психологическом сопровождении семьи. – Томск, 2016.

28. Московкина А.Г. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный. – М., 2003.

29. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений. – М., 2012.

30. Осокин В.В. Детский церебральный паралич. – М., 2010.

31. Приходько О.Г. Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2000.

32. Светлова И.Е. Развиваем мелкую моторику и координацию движений рук. – М., 2003.

33. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. – М., 1976.

34. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972.

35. Сиваков В.И. Планирование физической нагрузки в воспитании физических качеств у школьников и спортсменов в физкультурно-спортивной деятельности. – Челябинск, 2016.

36. Сиротюк А.Л. Упражнения для психомоторного развития дошкольников. – М., 2008.

37. Смирнова И.А. Коррекционно-педагогическая работа в школе для детей с нарушениями опорно-двигательного. – СПб., 2000.

38. Смирнова И.А. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушениями движений. – СПб., 2005.

39. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. – СПб., 2003.

40. Стребелева Е.А. Психолого-педагогическая диагностика развитиядетей раннего и дошкольного. – М., 2004.

41. Сухомлинский В.А. Родительская педагогика. – М., 1978.

42. Филичева Т. Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. – М., 1989.

43. Фомин Н.А. Физиологические основы двигательной активности. – М., 1991.

44. Шайтор В.М., Богданов О.В. ЭЭГ больных детским параличом до и после лечения методом функционального биоуправления. – М., 1991.

45. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Элиста, 1999.

46. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2004.

47. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб., 2001.