

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «КІРОВОГРАДСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ІНСТИТУТ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СУХОМЛИНСЬКОГО»

Валентина ВОЙТКО

Корекційно-розвиткова робота з учнями з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах інклюзивної освіти

Навчально-методичний посібник

*Друкується за рішенням вченої ради
комунального закладу «Кіровоградський обласний інститут
післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського»
(від 10.11.2020 року, протокол № 4)*

Кропивницький
2021

УДК 37.013
В 61

В.В. Войтко. Корекційно-розвиткова робота з учнями з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах інклюзивної освіти : [навчально-методичний посібник] / за заг. ред. О.Е. Жосана. Кропивницький : КЗ «КОШПО імені Василя Сухомлинського», 2021. – 96 с.

Навчально-методичний посібник містить наукову інформацію щодо фізіологічних та психологічних особливостей розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Вміщено характеристики нозології, вікову динаміку її перебіг, працездатність нервової системи дітей цієї нозології, характеристики психічних процесів, навчальної та ігрової діяльності.

Безперечна цінність навчально-методичного посібника полягає в тому, що його інформація є основою особистісно-орієнтованого підходу до роботи з дітьми вказаної категорії, покращує та полегшує роботу педагога у навчально-виховній взаємодії з дітьми такої нозології.

Рецензенти:

Молчанова О.М. – кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри педагогіки, психології і корекційної освіти комунального закладу «Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського»;

Каськова Н.Ф. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри практичної психології Кіровоградського інституту ПВНЗ «Університет сучасних знань».

Відповідальна за випуск – Людмила КОРЕЦЬКА

ЗМІСТ

Вступ	4
РОЗДІЛ I.	
Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями опорно-рухового апарату	4
Історія терміну ДЦП	4
Церебральний параліч (ЦП) та Дитячий церебральний параліч (ДЦП).....	5
Чинники виникнення ДЦП.....	7
Психолого-педагогічна характеристика дітей з руховими порушеннями.....	10
Пізнавальна діяльність дітей з церебральним паралічем.....	15
Особливості емоційно-вольової сфери.....	19
Особливості особистості.....	21
РОЗДІЛ II.	
Корекційно-розвиткова робота з учнями з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах інклюзивної освіти	29
Підходи до здійснення корекційної роботи з дітьми з ДЦП.....	29
Завдання корекційної роботи при ДЦП.....	32
Принципи корекційної роботи.....	32
Основні напрями корекційно-педагогічної роботи з дітьми з ДЦП.....	33
Розвиток дрібної моторики.....	36
Су-Джок терапія.....	42
Ігри на розвиток координації рухів.....	45
Ігри для розвитку спритності та рівноваги.....	46
Ігри для розвитку уваги.....	46
Інтенсивні ігри для розвитку швидкості, швидкісної витривалості, спритності.....	47
Мова.....	48
Рухові порушення.....	52
Особливості оцінювання дітей з ДЦП.....	53
Освітні аспекти.....	54
РОЗДІЛ III.	
Корекційно-розвивальна програма з розвитку пізнавальної та емоційної сфери дітей 6-8 років з порушеннями опорно-рухового апарату (з елементами психотерапії)	58
Висновки	93
Використані джерела	94

ВСТУП

Дитячий церебральний параліч за останні роки став одним із найбільш розповсюджених захворювань нервової системи у дітей у всіх країнах світу. Їх поширеність коливається в межах від 1,9 на 1000 новонароджених у Західній Швеції [8], до 3,6 на 1000 в Алабамі, Атланті та Вісконсіні, США [9]. Історія їх вивчення сягає в глибоку давнину, починаючись від стародавнього Єгипту. Існує щонайменше два малюнки людей з V ст. до н. е., які, на думку дослідників, мали спастичний церебральний параліч (Pakula, 2009) [10].

РОЗДІЛ І.

Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями опорно-рухового апарату Історія терміну ДЦП

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це важке захворювання, яке виникає у дитини внаслідок ураження головного і спинного мозку на ранніх етапах його формування (внутрішньоутробному, в період пологів або в період новонародженості).

Основним клінічним симптомом при ДЦП є порушення рухових функцій, однак, крім цього, у дітей з ДЦП мають місце порушення зору, слуху, мови, інтелекту. У деяких дітей спостерігаються судомні синдроми.

Перший клінічний опис ДЦП було зроблено англійським лікарем-хірургом В. Літтлем у 1861 році. Він уперше доповів про це на засіданні англійського Королівського медичного товариства, а потім опублікував свої спостереження за дітьми, у яких після перенесеної при пологах травми голови розвинулись паралічі кінцівок (Little, 1862). Протягом майже 100 років дитячий церебральний параліч називали хворобою Літтля.

Термін «дитячий церебральний параліч» належить Зігмунду Фрейду. В 1893 році він запропонував об'єднати всі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження з однаковими клінічними ознаками в групу церебральних паралічів.

У 1958 році за засіданні восьмого перегляду ВОЗ в Оксфорді цей термін було затверджено і було дано визначення: **«Дитячий церебральний параліч – не прогресуюче захворювання головного мозку, яке вражає його відділи, котрі відповідають за рух і положення тіла, захворювання набувається на ранніх етапах розвитку головного мозку»**. В даний час цей термін є загальноприйнятим.

В 1983 році Л.О. Бадалян запропонував іншу назву дитячих церебральних паралічів – «дизонтогенетичні поступальні дискенізії». Автор справедливо відмічав, що ураження нервової системи при ДЦП являє собою не «поломку» уже готового механізму, а затримку чи «викривлення» розвитку. «Ці порушення не можна вважати виключно церебральними, так як механізми реалізації патологічної рухової активності лежить не горизонтально, а охоплюють всю вертикальну систему регуляції рухів».

Безперечно, термін «дискенизії» значно точніше відображає характер рухових порушень при ДЦП, підкреслює їх обумовленість розладами локомоторних функцій. Хоча термін «дитячий церебральний параліч» не відображає сутність належних при цьому захворюванні порушень, однак його широко використовують у світовій науковій літературі, а іншого поняття, всебічно характеризу чого ці патологічні стани, на даний час не запропоновано.

М. Я. Брейтман (1902) першим описав патолого-анатомічну і клінічну картину ДЦП і відмітив, що при даному захворюванні страждає не тільки рухова сфера, але інтелект і мова.

Важливою віхою у становленні поглядів на дитячий церебральний параліч було проведення у липні 2004 року в Меріленді (США) Міжнародного семінару з визначення та класифікації церебральних паралічів. Учасники семінару підтвердили важливість цієї нозологічної форми і підкреслили, що ДЦП є не етіологічним діагнозом, а клінічним описовим терміном. Результати роботи семінару були опубліковані у статті «Пропозиція щодо визначення та класифікації церебрального паралічу». Автори запропонували наступне визначення: «Термін дитячий церебральний параліч (ДЦП) означає групу порушень розвитку рухів і положення тіла, що викликають обмеження активності, викликані непрогресуючим ураженням мозку плоду або дитини. Моторні порушення при церебральних паралічах часто супроводжуються дефектами чутливості, когнітивних і комунікативних функцій, перцепції і/або поведінковими і/або судомними порушеннями».

Церебральний параліч (ЦП) та Дитячий церебральний параліч (ДЦП)

Церебральний параліч (ЦП) – це група рухових розладів, що виникають при ураженні рухових систем головного мозку і виявляються у нестачі або відсутності контролю з боку нервової системи за функціями м'язів. Залежно від пошкодження певних структур мозку виникають різні рухові порушення, що і визначає форму церебрального паралічу. У хворих на ЦП затримано і порушено формування всіх рухових функцій: навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності (Л.О. Бадалян, 2003; В.Ю. Мартинюк, 2005; К.О. Семенова, 2007; С.М. Афанасьєв, 2008; М.Т. Васіна, 2009; D. Russell, 2012; Г.А. Єдинак, 2012; Hubertus von Voss, 2012; Н.В. Богдановська, 2014).

Церебральний параліч розвивається внаслідок порушення нормального розвитку центральної нервової системи або пошкодження головного мозку, що вражає здатність контролювати свої м'язи. Прояви захворювання різноманітні і відповідають важкості стану дитини з ДЦП: від потреби у сторонній допомозі впродовж всього життя, до здатності ходити, використовуючи спеціальні засоби, чи навіть цілком самостійно.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) не прогресує з часом, однак окремі симптоми можуть змінюватись упродовж життя, якщо не проводити лікування дитини з ДЦП, скорочення м'язів та м'язова «жорсткість» можуть посилитися.

Існують різні точки зору на синдроми, що зумовлюють цей діагноз, їх причини та перебіг захворювання. На даний час у більшості медичних установ України використовується класифікація, запропонована проф. К.О. Семеновою [6]. Згідно з цією класифікацією виділяють **п'ять форм ДЦП**: подвійна геміплегія, спастична диплегія, гіперкінетична форма, атонічно-астатична форма, геміпаретична форма.

Крім цього, додаються **основні синдроми**:

- 1) симптоматична епілепсія,
- 2) гіпертензивний синдром,
- 3) діенцефальний синдром,
- 4) синдром церебральної гіпотрофії,
- 5) синдром нервово-рефлекторної збудливості,
- 6) синдром порушення домовного і мовного розвитку та виділяються стадії захворювання: рання, хронічнорезидуальна та резидуальна стадія.

На жаль, ця класифікація не відображає загальної тяжкості захворювання та ступеня порушення рухових функцій, що є надзвичайно важливим для клінічної практики, наукового та епідеміологічного аналізу.

У Міжнародній клініці відновного лікування та Реабілітаційному центрі «Еліта» для визначення ступеня затримки моторного розвитку дитини розроблена і впроваджена в практику реабілітаційна класифікація ДЦП [2]. Крім традиційних критеріїв стану м'язового тону та локалізації моторного дефекту, в діагнозі відображається **фаза вертикалізації та стадія пересування**.

Для характеристики можливості протидіяти силі гравітації в діагнозі хворого вказується фаза вертикалізації:

- лежання без контролю голови;
- лежання з контролем голови;
- самостійне сидіння;
- вставання біля опори,
- самостійне вставання.

Для опису локомоторних можливостей пацієнта застосовуються наступні стадії пересування:

- відсутність пересування;
- пересування перевертанням;
- повзання по-пластунськи;
- неальтерноване повзання;
- альтерноване повзання;
- хода на колінах;
- хода з допоміжними засобами;
- самостійна патологічна хода.

Важливою віхою у становленні поглядів на дитячий церебральний параліч було прийняття на семінарі в Меріленді в 2004 році такого визначення: «Термін дитячий церебральний параліч (ДЦП) описує групу порушень розвитку рухів та положення тіла, що обумовлюють обмеження активності і спричинені непрогресуючим ураженням мозку плода або дитини в період розвитку. Моторні порушення часто поєднуються з порушеннями чутливості, когнітивних,

комунікативних функцій, перцепції, поведінковими порушеннями, судомними розладами» [3].

Для забезпечення стандартизованої оцінки ступеня тяжкості моторної неповносправності пацієнтів з ДЦП співробітниками Канадського університету МакМастер (McMaster University) в 1997 році була розроблена Система класифікації великих моторних функцій [3]. Ця система класифікації застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей з церебральним паралічем, базуючись на їхніх функціональних можливостях, потребі у допоміжних пристроях та можливостях пересування. Система класифікації великих моторних функцій нині є загальнопризнаним світовим стандартом, валідність та надійність якої перевірена у багатьох дослідженнях. Класифікація перекладена на різні мови світу. Співробітники Міжнародної клініки відновного лікування здійснили переклад цієї класифікації українською мовою [1].

У 2007 році запроваджена розширена та уточнена версія системи класифікації великих моторних функцій, яка є аналогом попередньої, але додатково включає опис функціональних можливостей дітей віком 12-18 років. Це пов'язано з деяким спадом у руховій активності дітей після 12-річного віку, формуванням контрактур у кінцівках, періодом інтенсивного росту, коли формування нових функцій значно сповільнюється, можливий «крок назад» у руховому розвитку. За цією класифікацією усі пацієнти з церебральними паралічами розподіляються за своїми моторними можливостями на **п'ять рівнів**. Поділ на рівні ґрунтується на функціональних можливостях дитини, потребі у допоміжному обладнанні, включно з обладнанням для пересування (ходунки, милиці, палички, візочок), і меншою мірою на якості рухів дитини.

«Рівню I» відповідають діти, які можуть ходити без обмежень, але не справляються зі складнішими моторними завданнями.

«Рівню V» відповідають діти з дуже обмеженими можливостями самостійного пересування навіть з допоміжним обладнанням і слабким контролем положення тулуба та голови. Оскільки розвиток моторних функцій залежить від віку, то для кожного рівня класифікації подано окремий опис для різних вікових груп (до 2 років, від 2 до 4, від 4 до 6, від 6 до 12, від 12 до 18 років). Щоб допомогти точніше визначити рівень моторних порушень дитини, в класифікації подано підсумки відмінностей між сусідніми рівнями. Український варіант Розширеної та уточненої версії Системи класифікації великих моторних функцій підготовлений співробітниками Міжнародної клініки відновного лікування.

Чинники виникнення ДЦП

Діти з порушенням опорно-рухового апарату – це поліморфна у клінічному і психолого-педагогічному відношенні категорія осіб.

Вроджені та набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату спостерігаються у 5-7% дітей. Порушення функцій опорно-рухового апарату можуть носити як вроджений, так і набутий характер.

У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату **провідним є руховий дефект** (недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій); основну масу з них становлять діти з церебральним паралічем - 89%.

Дитячий церебральний параліч – захворювання ЦНС при провідному ураженні рухових зон і рухових провідних шляхів головного мозку.

Виникає ДЦП в результаті недорозвинення чи пошкодження мозку в ранньому онтогенезі. При цьому найбільш важко уражаються великі півкулі, які регулюють довільні рухи, мову та інші коркові функції. Проявляється ДЦП у вигляді різних рухових, психічних і мовних порушень, тобто страждають найважливіші для людини функції: рух, психіка і мова. Провідними у клінічній картині ДЦП є рухові порушення, які часто поєднуються з психічними та мовними розладами, порушеннями функцій інших аналізаторних систем (зір, слух, глибока чутливість), судорожними випадками.

Ступінь тяжкості рухових порушень варіюється в широкому діапазоні, де на одному полюсі знаходяться грубі рухові порушення, на іншому - мінімальні. Те ж саме стосується психічних і мовних розладів, які можуть проявлятися в цілій гамі різних сполучень. Наприклад, при грубих рухових порушеннях психічні та мовні розлади можуть бути відсутніми або мінімальними і, навпаки, при легких рухових порушеннях спостерігаються грубі психічні та мовні розлади [4].

Причиною ДЦП можуть з'явитися різні несприятливі фактори, що впливають в пренатальному (внутрішньоутробному), інтранатальному (у момент пологів) і ранньому постнатальному (на першому році життя) періодах.

Англійський вчений-нейропатолог Д. Літл вважав головною причиною ДЦП родову травму і, як наслідок, гіпоксію в інтранатальному періоді. Пізніше він вказував, що істотну роль тут відіграють і інші несприятливі дії на плід при внутрішньоутробному розвитку.

Здебільшого підтверджено першорядний вплив родової травми з припущенням, що результатом її впливу на мозок, як і будь-якого грубого здавлювання, було порушення мозкового кровообігу, головним чином крововилив у мозок.

К. А. Семенова, Н. М. Махмудова вважають основним механічним фактором крововиливів можливість заходження кісток черепа плода один на одного під впливом сильного здавлювання голови дитини родовими шляхами матері, при якому відбувається розрив передлежачих судин [7].

К. А. Семенова вказує на те, що дитячий церебральний параліч є поліетіологічним захворюванням акте- та перинатального періоду життя, в результаті якого найбільш важко страждають в першу чергу вражаються будь-яким патологічним процесом і затримуються тому в своєму розвитку найбільш «молоді» відділи мозку – великі півкулі [5]. У залежності від часу поразки плоду або новонародженого, тяжкості ураження мозку і наступних явищ пре- і постнатального дизонтогенеза в клінічній картині захворювання виступає складна патологія постуральних рефлексів. Тяжкість цієї патології визначають особливості порушення тону м'язів, неправильні установки тулуба і кінцівок, на основі яких надалі формуються контрактури і деформації. Ця складна

патологія постуральних рефлексів, обумовлена як перенесеним в перинатальному періоді життя захворюванням мозку, так і явищами пре- і постнатального дизонтогенеза, відрізняє ДЦП від будь-якого паралічу, викликаного тим чи іншим захворюванням у дитини більш старшого віку, коли шляхи і центри його мозку знаходяться в періоді бурхливого розвитку або вже дозріли [7].

Вчені та практики вказують на негативну роль асфіксії, а потім на гемолітичну хворобу новонароджених в результаті резус або так званої АВО-несумісності крові матері і дитини [5] і тільки потім - на черепно-мозкові травми. Особливе значення мають інфекції, анемії вагітних та інші фактори, що призводять до виникнення інфекції, інтоксикації, асфіксії плода.

Найважливіше значення у виникненні ДЦП надається ураження мозку у внутрішньоутробному періоді і в момент пологів. Так, з кожних 100 випадків церебрального паралічу 30 виникає внутрішньоутробно, 60 – у момент пологів, 10 – після народження.

У літературі конкретно згадуються і інші шкідливі фактори, які впливають на плід у внутрішньоутробному періоді:

- інфекційні захворювання, перенесені майбутньою матір'ю під час вагітності (вірусні інфекції, краснуха, токсікоплазмоз);
- серцево-судинні та ендокринні захворювання у матері;
- токсикози вагітності;
- фізичні травми, удари плоду;
- несумісність крові матері і плоду за резус-фактором;
- психічні травми, у тому числі і негативні емоції;
- фізичні фактори (перегрівання чи переохолодження), інтенсивні вібрації, опромінення;
- деякі лікарські препарати;
- екологічне неблагополуччя.

У даний час дослідники називають понад 400 факторів, які можуть надати шкідливу дію на ЦНС плоду, що розвивається.

Однією з найбільш частих причин виникнення ДЦП вважається поєднання внутрішньоутробної патології з родовою травмою. Дія родової травми зазвичай поєднується з асфіксією – патологічним станом організму, що характеризується недостатком кисню в крові і надлишковим накопиченням вуглекислоти, порушенням дихання, серцевої діяльності. У дітей, які перенесли стан асфіксії, і особливо клінічну смерть (відсутність дихання та серцевої діяльності), наявний високий ступінь ризику виникнення ДЦП.

Також ДЦП може виникати і після народження в результаті перенесених нейроінфекцій (менінгіту, енцефаліту), тяжких ударів голови.

Рухові порушення при органічній церебральній патології добре помітні навіть нефахівцю і є основним інвалідизуючим фактором у цих хворих. Це і служить причиною широкого використання в клінічній практиці таких, наприклад, понять, як ДЦП, хоча все більше неврологів останнім часом вказують на його неспроможність. Адже без розуміння генезу, всіх проявів ураження неможливо не тільки повноцінне, з використанням сучасних методів, відновне

лікування, але і розробка індивідуальних програм соціальної абілітації (реабілітації), що включає і шкільне навчання за загальними, скоригованими або спеціальними програмами. Використовуване поняття «цереброорганічний синдром» також не замінює повний клінічний діагноз, однак підкреслює тісний взаємозв'язок неврологічних, психічних, вторинних соматичних та інших порушень у хворих з церебральною патологією.

Негрубі порушення психічного розвитку у хворих з ДЦП на практиці рідко розглядаються як частина єдиного цереброорганічного синдрому; зазвичай не знаходиться фахівця, який зіставив би дані, отримані при дослідженні одну дитину невропатологом, психологом і дефектологом. Це призводить до того, що порушення, виявлення яких формально не передбачено в ході рутинного, часто мінімального за обсягом огляду, залишаються без уваги, хоча їх наявність нерідко очевидно, а значення своєчасної діагностики для успішного лікування, абілітації та навіть, в деяких випадках, безпеки хворого дуже велике. Тим більше рідко інформація про неврологічних і психічних особливостях хворої дитини доходить до педагогів, вимушених самотійно шукати індивідуальний підхід до кожного, не отримуючи при цьому реальної допомоги від фахівців-медиків.

Таким чином, ДЦП може розглядатися як поліетіологічне захворювання головного мозку, що починається в Анте і перинатальному періоді життя (коли основні шляхи та центри мозку ще не закінчили свого розвитку) і виявляється руховими, психічними і мовними порушеннями, в центрі яких лежить складна патологія постуральних рефлексів. На перших стадіях захворювання може мати прогресуючий характер, специфіка якого визначається основним етіологічним фактором.

Психолого-педагогічна характеристика дітей з руховими порушеннями

У дітей з церебральним паралічем затримано і порушено формування всіх рухових функцій. З великим запізненням формується функція утримання голови, навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності. Рухові порушення, будучи провідним дефектом, чинять негативний вплив на формування психічних функцій і мови. Різноманітні рухові порушення у дітей з церебральним паралічем виявляються в наступних формах:

- порушення м'язового тону за типом спастичності, ригідності, гіпотонії, дістопії; частіше при ДЦП спостерігається підвищення м'язового тону;
- має місце обмеження або неможливість довільних рухів (парези і паралічі, залежно від тяжкості ураження мозку);
- наявність насильницьких рухів (гіперкінезів) і тремору (тремтіння пальців рук, мови);
- порушення рівноваги і координації руху (атаксії);
- порушення відчуття рухів (кінестезій);
- недостатній розвиток цінних настановних випрямних (статокінетичних) рефлексів;
- наявність сінкінезій (мимовільні рухи співдружності);

- наявність патологічних тонічних рефлексів, обумовлених тим, що поразка незрілого мозку змінює послідовність етапів його дозрівання.

У дітей з церебральним паралічем прояви цих рефлексів в перші роки життя можуть посилюватися з місяця в місяць і в наступні роки залишатися стійкими.

Розвиток моторики при ДЦП найчастіше зупиняється на тій стадії, коли тонічні рефлекси мають вирішальний вплив (дитині може бути 2, 5 або 10 років, а його руховий розвиток буде перебувати на рівні 5-8-місячного здорового немовляти).

Рухові порушення у дітей з ДЦП можуть мати різний ступінь вираженості.

При **важкому ступені** дитина не опановує навичками ходьби і маніпулятивної діяльності. Вона не може самостійно обслуговувати себе.

При **середньому ступені** рухових порушень дитина ходить, але робить це невпевнено і часто лише за допомогою спеціальних пристосувань. Навички самообслуговування у даної групи дітей розвинені неповно, так само, як і маніпулятивна діяльність.

При **легкому ступені** діти можуть самостійно ходити, повністю обслуговувати себе. У них достатньо розвинена маніпулятивна діяльність, однак, разом з тим, можуть спостерігатися патологічні пози і положення, порушення ходи, недостатньо спритні, уповільнені рухи. Знижено м'язова сила залежно від структури і ступеня ураження.

Класифікації ДЦП

У світовій практиці представлені різні класифікації ДЦП. Найбільш використовувана класифікація К. А. Семенової [7].

Подвійна геміплігія – це найважча форма дитячого церебрального паралічу. Через важке ураження мозку ще в період внутрішньоутробного життя виявляються порушеними всі найважливіші людські функції: рухові, психічні та мовні. Рухові порушення виявляються вже в період новонародженості, як правило, відсутній захисний рефлекс, різко виражені всі тонічні рефлекси: лабіринтовий, шийні, рефлекс з голови на тулуб і з тазу на тулуб. У таких дітей інсталяційний рефлекс на голову не розвивається, отже не розвиваються ланцюгові настановні рефлекси, тобто в цій ситуації дитина може не навчитися самостійно сидіти, стояти і ходити. Функція рук також практично відсутня. Через різку активність тонічних рефлексів дитина в положенні на животі або на спині набуває характерні установки – різко виражені зігнута або розігнута пози. За підтримки у вертикальному положенні, як правило, спостерігається розігнута поза при звисанні голови. Всі сухожильні рефлекси дуже високі, тонус м'язів в руках і ногах різко підвищений. Мова відсутня. Психічний розвиток дітей знаходиться, зазвичай, на рівні олігофренії в ступені імбецильності або ідіотії. Прогноз подальшого розвитку рухової, мовної і психічної функцій при цій формі захворювання вкрай несприятливий.

Геміпаретична форма. Прояви геміпарезу формуються, як правило, до 6-10 місяців життя дитини і поступово наростають – з'являється типова для геміпарезу поза Верніке-Манна. Починаючи з двох-трьох років основні

симптоми захворювання не прогресують. Регресу симптомів (без спеціально проведеної терапії) також зазвичай не спостерігається. З 2-3-річного віку клінічні прояви геміпарезу в чому схожі з тими, які спостерігаються у дорослих в результаті поразки пірамідного шляху: уражаються переважно дистальні відділи кінцівок, порівняно постійна в часі або у вибірці патологія м'язів, що обумовлює розвиток пози Верніке-Манна, високі сухожильні і періостальні рефлекси, синкинезії (координаційні та імітаційні). Відмінністю даної форми є відсутність розладів больової і тактильної чутливості. У дітей, що страждають цією формою ДЦП, як правило, більш виражений парез верхніх кінцівок, спостерігається затримка психічного розвитку або олігофренія, а також розлади мовної функції; судомні напади. Рухові і психічні порушення, незважаючи на проведену терапію, у ряду дітей виявляються стійкими. Залежно від тяжкості ураження рухової функції розрізняють важку, середню і легку ступінь геміпаретичної форми ДЦП. У 25-35% дітей спостерігається олігофренія, у 55-60% – мовні розлади, у 40-50% хворих відзначаються судомні напади та синдром церебральної геміатрофії.

Гіперкінетична форма. При цій формі захворювання причиною найчастіше є білірубінова енцефалопатія, рідше – недоношеність з подальшою черепномозковою травмою під час пологів, при якій відбувається крововилив у результаті розриву артерій, що постачають кров'ю підкіркові ядра. Після народження у такої дитини вроджені рухові рефлекси виявляються порушеними, спонтанні рухи мляві і обмежені. Смоктальний рефлекс ослаблений, можуть відзначатися порушення координації смоктання, ковтання, дихання. У ряді випадків тonus м'язів знижений. Рефлекс опори негативний, але до 1-1,5 місяців, як правило, стає вираженим (у здорової дитини до цього часу він зникає). У віці 2-3 місяців можуть спостерігатися дистонічні атаки, які провокуються зовнішніми і внутрішніми подразниками (яскраве світло, гучний звук та ін.), пов'язані з раптовими м'язовими спазмами і супроводжуються вегетативними реакціями з потовиділенням, почервонінням шкіри, прискоренням пульсу. Знижений тonus в період новонародженості змінюється дистонією. Установчий рефлекс на голову і ланцюгові настановні рефлекси значно запізнюються у своєму формуванні. Затримка формування настановних рефлексів, м'язова дистонія, а в подальшому і гіперкінези порушують формування нормальних поз і призводять до того, що дитина тривалий час не може навчитися самостійно сидіти, стояти і ходити. Дуже рідко дитина починає ходити самостійно з 2-3 років, найчастіше самостійне пересування стає можливим в 4-7 років, іноді тільки в 9-12 років.

При гіперкінетичній формі ДЦП можуть спостерігатися гіперкінези різного характеру. Гіперкінез виникає з 3-4 місяців життя дитини в м'язах мови, а до 10-18 місяців з'являється в інших частинах тіла, досягаючи максимального розвитку до 2-3 років життя. Це обумовлено тим, що в міру дозрівання аферентних і еферентних провідних шляхів ЦНС все більше проявляється неспроможність підкіркових структур. У ряді випадків у зв'язку зі збільшенням фізичного та емоційного напруження, особливо у дітей емоційно лабільних, сенситивних, інтенсивність гіперкінезів може зростати і після трьох років життя.

Інтенсивність гіперкінезів посилюється під впливом емоційних подразників. У спокої гіперкінез значно зменшується і практично повністю зникає під час сну. Частота та інтенсивність гіперкінезу при подразненні пропріорецепторів різних ділянок тіла зростає неоднаково – завжди є така ділянка, роздратування якої призводить до максимального їх збільшення. Найчастіше такою ділянкою виявляються пропріоцептори шиї. Це пов'язано з тим, що тривалий час не згасають шийні тонічні рефлексі, рефлекторна дуга яких починається з пропріоцепторів м'язів шиї. У багатьох дітей, які страждають гіперкінезами, спостерігається мімітонія. Часто має місце параліч отідроз, гіпотрофія м'язів та ін., значно знижена маса тіла. Це, мабуть, пов'язано не тільки з вегетативними порушеннями, але й з підвищеною витратою енергії при гіперкінезах.

Порушення мовної функції при цій формі захворювання зустрічаються у 90% хворих, в основному у формі гіперкінетичної дизартрії, затримка психічного розвитку – у 50%, порушення слуху – у 25-30%. Прогноз захворювання залежить від характеру та інтенсивності гіперкінезу.

Залежно від вираженості гіперкінезів і ступеня затримки формування статокінетичних рефлексів розрізняють три ступені тяжкості захворювання: важкий, середній і легкий.

Атонічно-астатична форма

З моменту народження виявляється неспроможність вроджених рухових рефлексів: відсутні рефлексі опори, автоматичної ходи, повзання, слабо виражені або відсутні захисний і хапальний рефлексі. Знижено тонус м'язів (гіпотонія). Установчий рефлекс на голову та цінні настановні рефлексі значно затримуються у своєму розвитку.

Такі хворі починають самостійно сидіти до 1-2 років, ходити – до 6 років. У 60-70% дітей є мовні розлади і затримка психічного розвитку. При ураженні лобових часток спостерігаються ейфорія, метушливість, розгальмування, олігофренія.

Спастична диплегія

Це найпоширеніша форма ДЦП. За поширеністю рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом (тобто вражені руки і ноги), але нижні кінцівки уражаються значно більшою мірою. У дітей зі спастичною диплегією у 70% випадків спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії і в 60-80% – інтелектуальні. При спастичній диплегії тяжкість речових, психічних і рухових порушень варіюється дуже широко. Це пов'язано з часом і силою дії шкідливих факторів. Діти з важким ступенем спастичної диплегії самостійно не пересуваються або пересуваються за допомогою милиць. Маніпулятивна діяльність рук у них значно знижена. Ці діти себе не обслуговують або обслуговують частково. У них відносно швидко розвиваються тою чи іншою мірою згинальні контрактури і деформації у всіх суглобах нижніх кінцівок. У 70-80% дітей мають місце мовні порушення, затримку психічного розвитку у 50-60% і у 25-35% спостерігається розумова відсталість. У зв'язку з грубими патологічними установками поза дитини настільки типова, що вже при побіжному огляді імовірно можна визначити форму і ступінь рухового ураження.

Так, при вертикальній установці тіла голова дитини, як правило, звисає на грудях, плечі зведені всередину, передпліччя зігнуті в ліктьових суглобах, кисть пронірована, пальці стиснуті в кулак, великий палець приведений і знаходиться під іншими. Іноді й кисть виявляється зігнутою в про меназап'ястковому суглобі, тоді пальці виявляються напівзігнутими, тулуб нахилений вперед, стегна ротувалися всередину, ноги зігнуті (або різко розігнуті) в колінних суглобах, опора на пальці стоп або передні відділи стоп.

Діти із середнім ступенем тяжкості рухового порушення пересуваються самостійно, хоча з дефектною поставою; у них може бути непогано розвинена маніпулятивна діяльність рук. Тонічні рефлексивиражені незначно. Контрактури і деформації цієї групи дітей розвиваються менше в порівнянні з дітьми з важким ступенем рухового ураження. Мовні порушення спостерігаються у 65-75% дітей, психічний розвиток затримано у 45-55%, у 15-25% відзначається олігофренія. У дітей з легким ступенем тяжкості рухового ураження спостерігаються незручність і сповільненість темпу рухів в руках, відносно легке обмеження обсягу активних рухів у ногах, переважно в гомілковостопних суглобах, незначне підвищення тону м'язів, переважно в трьохглавих м'язах гомілок, розширення рефлексогенних зон на руках і ногах. Діти самостійно пересуваються, але хода їх залишається дещо дефектною: ходять без перекачу стоп, зі злегка ротуваними всередину стегнами. Мовні порушення спостерігаються у 40-50% дітей, затримка психічного розвитку - у 20-30%, олігофренія - у 5%.

Діти зі спастичною диплегією складають більшість хворих на ДЦП.

Структура дефекту при ДЦП включає в себе специфічні відхилення у психічному розвитку. Механізм порушення розвитку складний і визначається як часом, так і ступенем і локалізацією мозкового ураження.

Картина психічних порушень на тлі раннього внутрішньоутробного ураження характеризується грубим недорозвиненням інтелекту при ураженнях, що виникли у другій половині вагітності і період пологів, психічні порушення носять мозаїчний, нерівномірний характер.

На думку дослідників психічного розвитку дітей з ДЦП, хронологічне дозрівання психічної діяльності дітей з церебральним паралічем різко затримується, і на цьому тлі виявляються різні форми порушення психіки, і насамперед пізнавальної діяльності.

Низка науковців (Л. О. Бадалян, Є. А. Стребелева, К. А. Семенова) відзначають, що не існує чіткого взаємозв'язку між виразністю рухових і психічних порушень. Наприклад, важкі рухові розлади можуть поєднуватися з легкою затримкою психічного розвитку, а решта проявів ДЦП – з важким недорозвиненням психічних функцій. Для дітей з церебральним паралічем характерна своєрідна аномалія психічного розвитку, обумовлена раннім органічним ураженням головного мозку і різними руховими, мовними і сенсорними дефектами. Важливу роль у генезі психічних порушень відіграють обмеження діяльності, соціальних контактів, а також умови виховання і оточення.

Структури інтелектуального дефекту при ДЦП характеризуються рядом специфічних особливостей.

По-перше, це нерівномірно знижений запас відомостей і уявлень про навколишній світ, обумовлений вимушеною ізоляцією, обмеженням контактів дитини, а також складністю пізнання навколишнього світу через рухові розлади і порушення сенсорних функцій.

По-друге, наявність дисгармонійного характеру, інтелектуальної недостатності, тобто порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереження третіх. Мозаїчний характер розвитку психіки пов'язаний і з раннім органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку; переважно страждають найбільш «молоді» функціональні системи мозку, що забезпечують складні високоорганізовані з боку інтелектуальної діяльності і формування інших вищих кіркових функцій, причому частіше – окремі кіркові функції. В одних дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших – словесно-логічні.

По-третє, наявність вираженості психоорганічних проявів: сповільненість, виснаженість психічних процесів, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті.

Дітей з ДЦП визначають також характерні **розлади емоційно-вольової** сфери (підвищена емоційна збудливість, дратівливість, рухова розгальмованість або загальмованість, байдужість) [4].

У дітей з ДЦП встановлена своєрідна **структура особистості**. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Особистісна незрілість проявляється в слабкій орієнтованості в побутових і практичних питаннях, в утриманських установках, нездатності і небажанні самостійної діяльності.

Аномалії розвитку психіки при ДЦП включають порушення формування пізнавальної та мовленнєвої діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості [5].

Пізнавальна діяльність дітей з церебральним паралічем

Пізнавальна діяльність більшості дітей з церебральним паралічем у формі спастичної диплегії без грубих афазичних і дизартричних розладів характеризується крайньою нерівномірністю. З одного боку, рівень вербального мислення залишається відносно задовільним, з іншого – спостерігається виражена недостатність наочно-образного мислення у поєднанні з порушеннями просторових і часових уявлень, слабкістю обчислювальних операцій.

При ураженнях, що розвинулися в другій половині вагітності і в період пологів, психічні порушення носять більш мозаїчний, нерівномірний характер. На першому році життя несприятливий вплив на психічний розвиток надають рухові розлади, порушення зорового і слухового сприйняття, несформованість зорово-моторної маніпулятивної поведінки. Для розвитку розумової діяльності вирішальне значення має утворення комплексних асоціацій. Щоб пізнати навколишні предмети, дитина має скласти уявлення про їх зовнішній вигляд, форму, смак, колір, вміти маніпулювати з ними. У процесі практичної діяльності

(гри) за участю мови утворюються тимчасові зв'язки, розширюється обсяг знань і уявлень про навколишній світ, формуються пам'ять, уява, мислення.

У дітей з церебральними паралічами у зв'язку з руховою недостатністю обмежена маніпуляція предметами, ускладнено їх сприйняття на дотик. Поєднання цих порушень з недорозвиненням зорово-моторної координації перешкоджає формуванню предметного сприйняття та пізнавальної діяльності. Чуттєве пізнання навколишньої дійсності вже з перших місяців життя розвивається аномально і в поєднанні з обмеженістю практичного досвіду стає однією з причин розладів вищих кіркових функцій.

Як показують дослідження, описані Е. С. Каліжнюк, особливі труднощі діти зі спастичною диплегією відчувають при виконанні завдань на просторове орієнтування. Вони не можуть правильно з'єднати точки на аркуші паперу, скопіювати форму предмета і напрямок стрілок. Значні труднощі викликає копіювання фігур. Діти зі спастичною диплегією при відносно правильному відтворенні пропонованих геометричних фігур не можуть розташувати їх відносно один одного, з'єднати; у деяких з них в малюнках з'являються стереотипії. Такий же характер носять утруднення при складанні кубиків Кооса. В інших випадках порушення просторового сприйняття проявляються в труднощах засвоєння складних логіко-граматичних конструкцій із прийменниками і прислівниками, що відображають просторові відносини (семантика простору). Діти плутають прийменники «під» і «над», «між» і «навпроти» та ін. При формуванні навичок письма відзначаються дзеркальність, перевернутість та ін.

Порушення лічби проявляються в сприйнятті розрядної будови числа, в труднощах глобального сприйняття кількості, в засвоєнні арифметичних знаків і складу числа, порівняння цілого і частин, у виконанні арифметичних дій, особливо віднімання і ділення. Порушення сприйняття і лічби також пов'язують з патологією формування тім'яно-потиличних структур мозку. У деяких дітей, що мають спастичну диплегію, відзначаються симптоми розладу функцій лобових відділів мозку: млявість, аспонтанність, недостатність планування дії при виконанні завдань з поетапним контролем. Діти обмежуються безпосередніми спробами виконати запропоноване завдання, повністю пропускаячи етап попереднього орієнтування в її умовах.

Вербально-логічне мислення залишається в більшості випадків відносно збереженим. Діти порівняно легко складають групи предметних картинок, виділяють четвертий зайвий предмет, справляються із завданнями порівняння понять, знаходять риси подібності та відмінності за істотними ознаками. Виконання завдань, що вимагають мовного оформлення, не представляє для них величезних труднощів. Зберігається здатність до абстрагування і узагальнення: діти можуть виділити провідну лінію в оповіданні, передати зміст сюжетної картинки і встановити причинно-наслідкові зв'язки.

Виражені астенодінамічні прояви, рухові порушення, гіпомімія, скутість нерідко ускладнюють оцінку рівня інтелектуального розвитку дитини. Однак при тривалому спостереженні за дітьми вдається виявити у них достатню інтелектуальну збереженість.

Особливості порушень мови і ступінь їх вираженості залежать в першу чергу від локалізації та тяжкості ураження мозку. Е. М. Мастюкова підкреслює, що відставання в розвитку мови при ДЦП пов'язано з обмеженням обсягу знань і уявлень про навколишній світ, недостатністю предметно-практичної діяльності і соціальних контактів. Порушенню мовного розвитку сприяють також недостатність кінестетичного, слухового і зорового сприйняття, затриманий інтелектуальний розвиток [4].

Велике значення в механізмі мовних порушень при ДЦП має рухова патологія, що обмежує можливості пересування і пізнання навколишнього світу. Відзначається клінічна та патогенетична спільність між мовними і руховими порушеннями у дітей з церебральним паралічем [7]. Затримка становлення моторної мови при ДЦП пояснюється патологією всієї рухової функціональної системи. Тривале збереження патологічних тонічних рефлексів чинить негативний вплив на м'язовий тонус апарату артикуляції. Виразність тонічних рефлексів підвищує тонус м'язів мови, ускладнює дихання, голосотворення, довільне відкривання рота, рухи язика вперед і вгору. Подібні порушення артикуляційної моторики затримують формування голосової активності і порушують звуковимовний бік мови. У зв'язку з недостатністю кінестетичного сприйняття дитина не тільки через силу виконує руху, а й слабо відчуває положення і рух органів артикуляції і кінцівок [5]. Е. М. Мастюкова вказує на залежність між тяжкістю порушень артикуляційної моторики і порушенням функції рук [7].

Багато дослідників відзначають пізнє становлення мови в дітей з церебральним паралічем [4; 7; 5; 10 та ін.]. Затримка мовного розвитку починається з домовного періоду. У результаті аналізу основних етапів розвитку дітей перших двох років життя з ДЦП виділені чотири рівні домовного розвитку. Вивчено умови та особливості формування звукової сторони мовлення у дітей другого року життя з ДЦП, а також виявлені деякі прогностично значущі критерії порушень домовного та мовного розвитку: пізні терміни появи белькотіння, перехід на мовний рівень спілкування тільки з одного року шести місяців, переважання в мовному ладі однієї групи звуків, об'єднаних способом і місцем утворення. Розглянуто особливості психомоторного і мовного розвитку здорової дитини та хворої, яка страждає на церебральний параліч, в різні вікові періоди.

Вивчення мовного розвитку дітей з церебральним паралічем виявило порушення різних компонентів мовленнєвої діяльності: фонетико-фонематичного, лексичного та граматичного. Якісні особливості розвитку мови у дітей з церебральним паралічем поєднуються з уповільненим темпом засвоєння мови. В результаті порушення функцій артикуляційного апарату у дітей з ДЦП, насамперед, стійко порушена фонетична сторона мови.

Е. М. Мастюкова підкреслює, що на початковому етапі мовного розвитку багато звуків відсутні, надалі ж частина з них вимовляється спотворено або замінюється близькими за артикуляцією, що призводить до невиразності мови і обмеження спілкування з однолітками і дорослими. Автор вказує також на атипове засвоєння фонем, яке може не збігатися з послідовністю їх засвоєння в нормальному онтогенезі [4].

Найбільш поширеним мовним порушенням у дітей з церебральним паралічем є дизартрія. Мовні порушення при ДЦП рідко зустрічаються ізольовано, частіше відзначається поєднання дизартрії із затримкою мовного пророзвитку або дизартрії з алалією [6].

У ранньому віці у більшості дітей з руховими порушеннями відзначається затримка мовного розвитку. На другому році життя діти найчастіше знаходяться на домовному рівні. У них спостерігається зниження потреби в мовному спілкуванні і низька голосова активність. Діти часто вважають за краще спілкуватися жестами, мімікою, криком і в кращому випадку можуть вимовляти всього кілька слів. Порушення формування голосових реакцій поєднується зі слабкістю слухових диференційованих реакцій на голос, інтонацію, з труднощами локалізації звуку в просторі і недостатністю слухової уваги. У дітей спостерігається зниження потреби в голосовому і мовному спілкуванні, а також низька голосова активність. Патологічний стан м'язів мовного апарату також перешкоджає розвитку артикуляційної моторики і появі нових звуків. На ранніх етапах оволодіння фонетичним ладом мови у дітей виявляються неправильні артикуляційні уклади, які надалі у них закріплюються.

У дітей з руховою патологією відзначається затримка і порушення формування лексичної, граматичної та фонетико-фонематичної сторін мови. Майже у всіх дітей в ранньому віці вкрай повільно збільшується активний словник, довжина висловлювання, мова довго залишається малозрозумілою для оточуючих. Пасивний словник значно більше активного. Мовна активність дітей низька, у мові переважають окремі слова, рідше – короткі речення. Насилу формується зв'язок між словом, предметом і дією.

У багатьох дітей виявлена патологія будови мови: масивний, товстий язик (17%), маленький, тонкий язик (11%), вкорочення під'язикової зв'язки (31%), роздвоєність кінчика язика (6%), невиразність кінчика язика (23%). Порушення тону мови язикової мускулатури відзначаються у всіх дітей.

Патологія становища мови проявляється у вигляді висовування язика з рота, девіації вліво або вправо (при ураженні однієї половини язика).

Рухливість мови і губ у всіх дітей обмежена: від повної неможливості до незначних обмежень артикуляційних рухів. Багатьом дітям, які мають можливість обмежених мимовільних артикуляційних рухів, недоступні довільні рухи губ і язика, наслідувальні артикуляційні рухи.

У більшості дітей відзначається порушення дихання, голосоутворення, просодики. Дихання прискорене, неглибоке, аритмічне.

У всіх дітей спостерігається недостатня сила голосу: тихий, слабкий, виснажений. Відхилення тембру голосу проявляється по різному: голос глухий, назалізований, хрипкий, переривчастий, тремтячий, здавлений, напружений. Часто відзначається сполучення різних порушень тембру голосу. У 10% дітей з атактичним синдромом виражена асинхронність дихання, голосоутворення, артикуляція.

Мелодико-інтонаційні розлади спостерігаються у більшості дітей (88%). Голосові реакції позбавлені інтонаційної виразності. У дітей відзначаються порушення голосових модуляцій, голос маломодульований, монотонний

(темпоритмічні розлади більш чітко виявляються в процесі оволодіння дитячою мовою).

У структуру дефекту при мовноруховому розладі (дизартрія) входять як мовні, і немовні порушення (прояв неврологічної симптоматики в мускулатурі і моториці артикуляційного апарату). У перші роки життя часто можна виявити і оцінити тільки немовні розлади. Рання діагностика дизартричних розладів здійснюється передусім на основі оцінки немовних порушень. На більш пізніх етапах розвитку в діагностиці дизартричних розладів все більшого значення починають набувати мовні симптоми: якісна недостатність голосових реакцій, голосоутворення, стійкі порушення звуковимови, мовного дихання, просодики.

Особливості емоційно-вольової сфери

Порушення емоційно-вольової сфери часто характеризуються емоційною збудливістю в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних функцій, загальною гіперестезією, підвищеною виснаженістю нервової системи. У дітей перших років життя стійко порушений сон (труднощі засинання, часті пробудження, неспокій у нічний час). Афективне збудження може виникати навіть під впливом звичайних тактильних, зорових і слухових подразників, особливо посилюючись у незвичній для дитини обстановці.

Вже в ранньому дошкільному дитинстві емоційно-вольова сфера дітей з ДЦП відрізняється підвищеною чутливістю до різних зовнішніх подразників - яскравого світла, голосного звуку. Діти полохливі, легко здригаються, емоційно лабільні, схильні до різних страхів, у них довго зберігається нередуцирований рефлекс Моро. Ці діти відрізняються надмірною вразливістю, причому у одних переважають підвищена емоційна збудливість, дратівливість, рухова розгальмуваність, в інших – боязкість, сором'язливість, загальмованість. Найчастіше відзначаються поєднання підвищеної емоційної лабільності з інертністю емоційних реакцій, в деяких випадках з елементами насилля. Так, почавши плакати чи сміятися, дитина не може зупинитися, і емоції як би набувають насильницького характеру. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується з плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакціями протесту і відмови, які значно посилюються в новій для дитини обстановці, а також при втомі. Емоційні розлади домінують у структурі загального дезадаптивного синдрому, характерного для цих дітей, особливо в ранньому віці. Окрім підвищеної емоційної збудливості можна спостерігати стан повної байдужості (апатико-абулічний синдром). Цей синдром, так само, як і радісний, піднесений настрій зі зниженням критики (ейфорія), відзначається при ураженнях лобових часток мозку. Можливі й інші емоційно-вольові порушення: слабкість вольового зусилля, несамостійність, підвищена сугестивність, виникнення катастрофічних реакцій при фрустраційних ситуаціях.

У шкільні роки наростають підвищена ранимість, вразливість. Характерним є поєднання підвищеної емоційної збудливості з інертністю психіки, настирливістю і зайвим педантизмом в поведінці. У підлітків спостерігаються глибокі особистісні реакції: образливість, переживання почуття

фізичної неповноцінності. Рідкіше у цих дітей спостерігаються розлади поведінки.

Негативні емоції, що виникають у дитини у відповідь на часті болісні процедури, приміщення в спеціалізованій установі, відрив від матері і близьких, фіксуються його емоційною пам'яттю, а в подальшому можуть стати джерелом страхів, невпевненості. Негативний вплив на нервову систему також може надати психологічна обстановка в сім'ї. Батьки у зв'язку з хворобою дитини перебувають у стані емоційного стресу, переживають почуття невпевненості, занепокоєння, уникають спілкування з близькими. Загальний тривожно-неспокійний настрій оточуючих закарбовується в емоційній пам'яті дитини у вигляді дифузного почуття занепокоєння і страху і надалі сприяє формуванню тривожних рис характеру, невротичних і неврозоподібних проявів.

Чималу роль у патогенезі психічних порушень при ДЦП відіграють також умови виховання. Недостатність комунікативних зв'язків, неможливість повноцінної ігрової діяльності, педагогічна занедбаність сприяють затримці психічного розвитку, надмірна опіка або зайва вимогливість формують патологічні риси особистості дитини.

Фобічний синдром, або синдром страхів, характерний для багатьох дітей з церебральними паралічами. Підвищена вразливість у поєднанні з емоційною збудливістю і афективною інертністю створює сприятливий фон для виникнення неврозу страху, який може виникати навіть під впливом незначних психогенних факторів: незнайомій ситуації, розлуки з близькими, появи нових облич і нових іграшок, гучних звуків та ін. В одних дітей він проявляється руховим збудженням, криком, в інших - гіподинамією, загальною загальмованістю і в обох випадках супроводжується вираженими вегетативно-судинними реакціями: зблідненням або почервонінням шкіри, гіпергідрозом, прискоренням пульсу і дихання, іноді ознобом, підвищенням температури. У момент страху у дитини посилюються салівація і рухові порушення (спастичність, гіперкінези, атаксія). Можливі психогенно обумовлені нав'язливі фобії у вигляді страху самотності, висоти, пересування; в підлітковому віці – страх хвороби і смерті. Страху, що виникають спонтанно, без зв'язку з якими-небудь психогенними факторами, називаються неврозоподібними; вони обумовлені органічним ураженням головного мозку; до них відносять недиференційовані нічні страхи, що з'являються епізодично під час сну і супроводжуються криком, плачем, загальним збудженням, вегетативними розладами. Такі страхи характерні для дітей з **гіпертензивно-гідроцефальним синдромом**, часто виникають на тлі гіпертермії.

Емоційні порушення з соматовегетативними розладами є сприятливим ґрунтом для виникнення **істероформних реакцій**, які провокуються образою або незадоволеними вимогами і бажаннями дитини, супроводжуються бурхливими проявами: падінням на підлогу, криком, агресивністю по відношенню до оточуючих, соматовегетативних порушень. При неправильному вихованні ці реакції закріплюються (набувають умовно-рефлекторного характеру). Перетворившись на звичні форми поведінки, вони можуть стати вихідним моментом у формуванні патологічного характеру.

Особливості особистості

У формуванні особистості при виражених фізичних ускладненнях грає роль складний комплекс психогенних факторів, що включає тривалу психічну травматизацію у зв'язку з почуттям неповноцінності, депривацію (сенсорну, емоційну), умови неправильного виховання і несприятлива мікросоціальна обстановка. Провідна роль у психогенезі патологічного розвитку особистості належить реакції на усвідомлення і переживання дефекту, ізоляції від спілкування з однолітками, а також особливому ставленню оточуючих до безпорадної і слабкої дитини.

Значною мірою патологічного розвитку особистості сприяє неправильне виховання дитини. Переважним типом виховання цієї категорії дітей є гіперопіка або гіперпротекція з надмірною увагою до хворої дитини, прагненням виконати всі його бажання, підмінити його діяльність власною, захистити дитину від насмішок однолітків, попередити почуття заздрості, образи.

Подібне виховання тягне формування інфантилізму, в основі якого лежить дисгармонія дозрівання інтелектуальної та емоційно-вольової сфери при переважній незрілості останньої. Основна ознака інфантилізму – недорозвинення довільної регуляції поведінки і вищих форм вольової діяльності. У своїх вчинках діти керуються в основному емоцією задоволення, сьогохвилинними бажаннями. Вони егоцентричні, не здатні поєднувати свої інтереси з інтересами інших і підкорятися вимогам колективу, губляться при зіткненні з труднощами, не можуть відстояти свої права. В інтелектуальній діяльності також виражено переважання емоцій задоволення, власне інтелектуальні інтереси розвинені слабо. В основі змін особистості за типом психічного інфантилізму лежить недорозвинення або уповільнене дозрівання лобових відділів кори великого мозку. Інфантилізм емоційно-вольової сфери зберігається нерідко і в старшому шкільному віці, проявляючись у вигляді підвищеного інтересу до дитячих ігор, слабкості вольового зусилля і цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, підвищеної сугестивності. Діти часто рухово розгальмовані, емоційно нестійкі, легко виснажені, інертні. Ігрова діяльність бідна і одноманітна. У ряді випадків незрілість дисгармонійна, поєднується з егоцентризмом, схильністю до резонерству, ранніми проявами сексуальності.

Фахівці, розглядаючи особливості психіки осіб з фізичними вадами, підкреслюють, що надмірне накопичення психогенних факторів може призвести згодом до формування особистісної патології. При спастичній диплегії частіше спостерігається астено-невротичний варіант патологічного розвитку особистості, а при вираженій знерухомленості - псевдоаутистичні тенденції. Психопатоподібна поведінка (агресивність, розгальмування і перекручення потягів) спостерігається рідко.

У дітей з церебральним паралічем **астено-невротичний варіант** психогенного патологічного формування особистості є домінуючим і спостерігається частіше у хворих з вираженим руховим дефектом, нестійкою ходою, що знаходяться у великій залежності від оточуючих. Від чистих форм цього варіанту патологічного розвитку хворих з церебральними паралічами

відрізняє вираженість органічного радикала в структурі особистісної патології. Особистості астеничного типу властиві нервова слабкість, боязкість, сором'язливість, надмірна чутливість і вразливість, невпевненість у своїх можливостях. Крім цього, спостерігаються підвищена стомлюваність і знижена працездатність, яка особливо виявляється в ситуаціях напруги. Ці діти легко виснажуються, дратуються, стають образливими. Особи з астеничним складом характеру схильні до переживання власної неспроможності, слабохарактерні.

У дітей з астено-невротичним варіантом відзначається слабка реакція на відчуття дискомфорту, пов'язаного з голодом, спрагою. Вони болісно переносять лікарський огляд, ін'єкції та інші процедури. При поміщенні в стаціонар і розлуці з матір'ю у них відзначається стан дезадаптації з вираженими вегетососудистими порушеннями, гіпергідрозом, блідістю та ін. В основі реакції дезадаптації лежить підвищена схильність до формування страхів. У дошкільному віці ці діти зазвичай тихі, повільні, боязкі, відрізняються аспонтанністю, воліють спокійні, часто настільні, ігри, характеризуються підвищеною вразливістю, не переносять чутливі моменти в казках, іграх. Зазвичай вони з тривогою реагують на появу незнайомих осіб, нову обстановку.

З початком навчання у дитини наростають астеничні риси характеру - недостатня здатність до тривалих інтелектуальних і фізичних навантажень, схильність до сліз і капризів при втомі, млявість, повільність, боязкість та ін. Стан декомпенсації в цей період посилюється вираженими труднощами при оволодінні шкільними навичками, навчанні письму та лічбі. Діти малоініціативні, не піднімають руку на уроці. У структурі церебрастенії при навантаженні виражений органічний радикал (зниження пам'яті, нестійкість уваги, низька працездатність, сповільненість мислення). Більшість дітей відрізняються нерішучістю, невпевненістю у своїх можливостях, вимагають підтвердження успіху при виконанні завдань, бояться відповідати біля дошки, в окремих дітей спостерігаються заїкання, енурез.

До позитивних сторін особистості даної категорії дітей слід віднести цілеспрямованість, зацікавленість у виконанні завдань. Ці якості певною мірою сприяють компенсації астеничних проявів і є основою для реабілітації.

Психогенні реакції астено-невротичного, рідше астено-фобічного типу, носять спочатку короткочасний, а потім більш затяжний характер. Оскільки психогенне травмування набуває характеру пролонгованої дії, без часткової компенсації, у дітей ще більше посилюються тормозимість, боязкість, сором'язливість.

У препубертатному і пубертатному періодах клінічна картина ускладнюється, наростають переживання дефекту, відзначаються коливання настрою, дратівливість, іноді з субдепресивним зрушенням настрою і плаксивістю, що посилюються під тиском додаткових психогенних факторів. З'являються суїцидальні висловлювання, що носять короткочасний, епізодичний характер. Знижується успішність. У дівчаток по компенсаторному напрямку посилюються такі риси особистості, як утрирована сумлінність, прихильність до постійного життєвому стереотипу. У цей період тимчасово посилюються резидуально-органічні розлади, які згодом стихають і значно компенсуються.

Разом з тим, наростає усвідомлення почуття фізичної неповноцінності, з'являється страх чужого погляду. Виникають тривожні побоювання про майбутнє. Пробуджується у підлітків інтерес до однолітків протилежної статі часто залишається нереалізованим у зв'язку з підвищеною тормозимістю, яка ускладнює спілкування. Підліткові реакції емансипації зазвичай виражені слабо і проявляються лише у вербальних висловлюваннях, іноді в грубості до рідних. Реакції групування виявляють, як правило, в діадах.

Надалі структура характерологічних особливостей у підлітків даної групи істотно не змінюється. Астенічні риси особистості поступово накопичуються, структуруються і виходять за рамки акцентуації характеру і характерологічних особливостей, набуваючи ознак психопатичної структури астенічного кола відповідно критеріям П. Б. Ганнушкіна в поєднанні з деякими органічними проявами.

Формування особистості дефіцитарного типу **псевдоаутистичного варіанта** характеризується вираженою недостатністю спілкування, неконтактністю, некомунікабельністю і спостерігається у хворих дітей дещо рідше, ніж астено-невротичний варіант. Зовні діти і підлітки нагадують психопатичних особистостей шизоїдного кола, так званих сенситивних, млявих шизоїдів. У клінічній картині у дітей з невротичними розладами спостерігаються порушення комунікабельності, замкнутість, перевага ігор та занять на самоті, непереносимість чужого погляду, настороженість, недостатня гнучкість, зниження адаптивних можливостей та ін.

Основний напрямок розвитку псевдоаутистичної особистісної патології на тлі ДЦП визначається його психогенезом, переживанням почуття своєї фізичної неповноцінності. Зовні діти даної категорії нагадують хворих аутизмом, оскільки у них також спостерігаються порушення спілкування і виражена резидуально-органічна симптоматика. Однак при дитячому аутизмі комунікативні порушення виражаються у відсутності потреби у спілкуванні, ранню появу синдрому (2-5 років) і розширенні кола спілкування з віком.

У дітей і підлітків з церебральними паралічами з псевдоаутистичним варіантом порушення спілкування обумовлені переживанням фізичної неповноцінності, пов'язані з хворобливою інтровертованістю, надцінним страхом, страхом насмішок, нав'язливими побоюваннями справити несприятливе враження в суспільстві. Психогенні реакції пасивно-оборонного характеру клінічно оформляються в псевдоаутистичні, астено-невротичні та астенофобічні реакції.

При реактивному генезі цього стану свідчить відсутність автентичних тенденцій у дітей раннього віку при наявності яскраво виражених невропатоподібних проявів, пізню появу їх (частіше в препубертатному і пубертатному періодах) і наростання симптоматики надалі. У клінічній картині псевдоаутистичного варіанту розвитку особистості у хворих на ДЦП спостерігаються відгородженість, замкнутість, схильність до обмеження соціальних контактів, а також психічна нестепність, підвищена ранимість, сенситивність зі схильністю до компенсаторних фантазій і відходом у світ власних мрій і фантазій. Від хворих з астеною шизоїдно-психопатичними

традиційними рисами емоційної холодності, парадоксальності й іншими проявами дітей даної категорії також відрізняє підвищена вразливість, прихильність до рідних і близьким.

М. І. Буянов відносить до механізмів формування псевдоаутистичного варіанта особистісної патології закріплення реакцій протесту, культивування відповідних форм поведінки, штучну ізоляцію. Саме штучна ізоляція з переживанням почуття фізичної недостатності і за компенсаторними реакціями лежить в основі формування псевдоаутистичних рис характеру у дітей з церебральним паралічем [1]. Слабкість практичної діяльності, недостатньо активний спосіб життя сприяють формуванню таких сторін особистості, як слабкість кругозору, одностороння спрямованість інтересів.

З віком такі діти ще більше обмежують контакти. Якщо спочатку псевдоаутистичні форми поведінки носять ситуативний характер, то в подальшому вони набувають характеру більш вираженої і стійкої деформації особистості, проявляються як в дитячому середовищі, так і у сімейному колі і поглиблюються афективними розладами.

Пролонгована психогенія, переживання почуття фізичної неповноцінності усуваються в колективі дітей з аналогічними порушеннями, що перешкоджає формуванню компенсаторних механізмів. При цьому змінюється реактивність нервової системи: легше виникають повторні реакції, накопичується емоційне напруження, що сприяє закріпленню аутистичних тенденцій. У підлітків психогенні реакції на дефект обростають афективними розладами, коливаннями настрою з переважним посиленням гіпотимічних відтінків. Виражених патохарактерологічних реакцій у формі протесту, порушення поведінки у дітей цієї групи, як правило, не спостерігається.

Псевдоаутистичний варіант психогенного формування особистості, зустрічаючись досить рідко, разом з тим вимагає до себе особливої уваги. За некомунікабельністю, недостатньою товариськістю, інтровертованістю часто ховаються більш глибокі переживання, депресивні стани, які у підлітків завуальовані, мають невротичний характер, виникають поволі, не супроводжуються загальмованістю і маскуються соматовегетативними порушеннями. Ці підлітки належать до групи осіб підвищеного суїцидального ризику.

Основними рисами **істероїдного варіанта** є егоцентризм, вимога підвищеної уваги до себе. Від конституціональних психопатичних особистостей істеричного типу відрізняють наявність у клінічній картині стрижневого симптому – психогенного переживання почуття власної фізичної неповноцінності і певної етапності становлення істеричних рис особистості, що формується на змінній основі. Особливе значення має неправильне виховання по типу «кумир сім'ї». У клінічній картині поряд з поєднанням реактивних і органічних проявів чітко виражені істеричні риси особистості.

Зовнішня емоційність насправді обертається відсутністю глибокого почуття при вираженості експресії і театральності. Інтереси таких хворих неглибокі, судження поверхові й незрілі. Вони часто не мають власної думки, тому що відрізняються підвищеною сугестивністю і наслідуваністю. Важливу

роль в їх психічному житті відіграють зовнішні враження. Нерідко вони шукають легкого, дозвільного життя, розваг; перебільшують свої уявні заслуги і здібності.

До типових проявів істероїда відноситься недостатньо виражене відчуття реальності, відсутність різкої межі між уявним і дійсним, у зв'язку з чим в осіб з істероїдним варіантом патологічного розвитку особистості відзначається схильність до фантазій. В цілому в клінічній картині знаходять відображення недостатності вищих форм вольової діяльності, нездатність до тривалої цілеспрямованої діяльності і не відповідна віку інфантильність.

Клінічні спостереження показують, що у дітей та підлітків з ДЦП часто відзначаються істероїдні риси особистості, що, імовірно, обумовлено наявністю в клінічній картині у багатьох з них проявів органічного інфантилізму тою чи іншою мірою вираженості. Розпізнавати істероїдний варіант психогенного розвитку особистості у дітей з церебральними паралічами досить важко, що пояснюється властивими дитячій психіці незрілістю, фізіологічним інфантилізмом, що поєднуються з органічними рисами, і схильністю до афектних форм реагування, яке обумовлює стертість клінічних проявів.

Вже в ранньому дитинстві з'являються елементи патохарактерологічних реакцій (протесту) у вигляді примхливості, впертості, вимоги до себе підвищеної уваги. У окремих дітей відзначається схильність до реагування по істеричному типу – повторна блювота, афективно респіраторний або афективно моторний виражені напади з посиленням гіперкінезів, синкінезій та ін. Реактивний генез цих перших психогенних реакцій пов'язаний з переживанням рухового дефекту і відчуттям своєї неспроможності.

У дошкільному віці у дітей спостерігається егоцентризм, вимога підвищеної уваги до себе. Такі діти люблять все яскраве, охоче читають вірші, прагнуть продемонструвати свої успіхи в колі однолітків, не переносять уваги батьків один до одного, до інших дітей. Підвищена навіюваність, копіювання, незрілість їхніх емоцій і суджень поєднуються з нещирістю, ейфорією, чергується з емоційною нестійкістю, руховою розгальмованістю.

У молодшому шкільному віці у зв'язку з переживанням власної фізичної неповноцінності у дітей виникають психогенні реакції, які іноді носять характер гострих, афективно заряджених станів і реалізуються по типу короткого замикання з надмірною експресією, моторним збудженням, посиленням гіперкінезів, підвищенням тону м'язів, вегетосудинними порушеннями та ін. Плач іноді переходить у насильницький, діти просять заспокоїти їх, дати ліки. Наприкінці припадку відзначаються астения, сонливість. Від психологічних ці патологічні реакції відрізняються надмірною виразністю.

У пубертатному періоді у таких дітей загострюється переживання почуття власної неповноцінності, посилюються коливання настрою, легко виникає депресія. Відносини з однолітками, формально дружні, часто переходять у конфлікти через егоцентризм, прагнення виділитися, привернути увагу. Реакції емансипації виражаються в патохарактерологічних реакціях (протест), підлітки стають грубими, невмотивовано жорстокими до рідних і близьких. У сімейних конфліктах і школі афективні спалахи реалізуються швидко, без боротьби мотивів, носять яскравий, демонстративний характер. Підлітки особливо чутливі

до свого "Я", переживають увагу сторонніх до себе в транспорті, на вулиці. Бажання заповнити бракуючий авторитет призводить до посилення у них фантазування і брехливості, що легко викривається і ще більше знижує авторитет.

В цілому істероїдні риси у дітей з ДЦП менш яскраві, що, ймовірно, пояснюється їх проявом на тлі основного захворювання: некритичністю хворих та ін. У істероїдних підлітків відсутня гнучкість поведінки, вони стереотипно використовують шаблони всупереч здоровому глузду, не враховують попередній досвід. По-дитячому елементарними виглядають їхні фантазії і вигадки. Відзначаються грубі форми реагування – афективні та патохарактерологічні реакції (протест), які клінічно оформляються в істеричні реакції.

Основними властивостями **особистісної аномалії нестійкого типу** є слабкість вищих форм вольової діяльності, сугестивність, беззахисність перед всілякими впливами і непостійність, який поєднується з нездатністю до цілеспрямованої діяльності.

Поведінка таких осіб характеризується нестійкістю намірів і вчинків. Риси незрілості виявляються як в емоційно-вольовій, так і в інтелектуальній сфері. Через порушення розвитку волі не виробляється здатність стримуватися, гальмувати свої бажання. Внаслідок нездатності до цілеспрямованої діяльності діти даного типу легко відволікаються. Інтелектуальні інтереси не виражені, знання поверхові. При досить збереженому інтелекті логічне мислення у таких дітей невисоке, судження примітивні.

Нестійкі риси особистості проявляються лише у молодших підлітків, зазвичай у віці 11-12 років, так як притаманна дітям більш молодшого віку емоційно-вольова незрілість вважається фізіологічною.

Прагнення до нових вражень багато в чому визначає порушення поведінки у цих підлітків. Емоції у них поверхневі. У деяких осіб відзначається жвавість уяви, підвищена емоційна збудливість, схильність до афектних спалахів. У більшості дітей з церебральними паралічами тою чи іншою мірою виражені прояви органічного інфантилізму, який лежить в основі нестійкого варіанта патологічного формування особистості, тому їх можна віднести до групи осіб, потенційно схильних до цієї особистісної патології.

При ДЦП клінічно нестійкий варіант особистісної патології характеризується також вираженою незрілістю психіки: слабкістю вольової регуляції, сугестивністю і наслідуванням, переважанням мотивів задоволень і хвилинних бажань, ігровою діяльністю, соціальною незрілістю і слабкою орієнтацією в практичному житті.

У ранньому віці таким дітям зазвичай властиві гіперстенічні прояви невропатоподібного характеру – неспокій, крикливість, порушення сну (сонливість вдень і занепокоєння вночі), підвищена емоційна лабільність, чутливість до різних зовнішніх подразників. Психогенні реакції носять афективно-шоковий характер з переляком, плачем, вегетосудинними порушеннями, посиленням спастичності.

У дошкільному віці у багатьох спостерігається рухове розгальмування, нестійкість уваги, підвищена стомлюваність і відволікання під час занять. Певну

роль відіграють і патохарактерологічні реакції (протест, відмова); діти виявляються порушниками дисципліни у зв'язку з небажанням вчитися.

Труднощі поведінки в школі посилюються у зв'язку з несформованістю інтелектуальних інтересів, переважанням мотивів ігрової діяльності. Легка перенасиченість в процесі навчання, непосидючість і труднощі, зумовлені порушенням вищих кіркових функцій, призводять до низької успішності.

Деякі з дітей з нестійким типом особистості досягають успіху в різних видах зображально-трудової діяльності: малюванні, карбуванні, виробках з дерева та ін. Однак вони зазвичай не доводять свої захоплення до рівня майстерності, так як непосидючі, легко змінюють інтереси. Педагоги характеризують таких дітей і підлітків як недостатньо зібраних, ледачих. При необхідності виконання якихось вимог діти збуджуються, не терплять заперечень. Незважаючи на товариськість, вони не виявляють глибоких прихильностей.

При вихованні в несприятливих мікросоціальних умовах поряд з патохарактерологічними реакціями у таких дітей спостерігаються реакції імітації. Почуття обов'язку, відповідальності формується у них повільно. Облігатний синдром нестійкості поєднується з факультативними істероїдними проявами, які носять тимчасовий характер, відрізняються елементарністю, одноманітністю.

У пубертатному віці клінічна картина ускладнюється у зв'язку з більш вираженим афективним розладом і переживанням почуття власної фізичної неповноцінності, яке приймає більш усвідомлений, а іноді і надцінний характер. Складне поєднання психогенно обумовлених рис нестійкості, іноді істероїдності, у підлітків нерідко закріплюється в умовах несприятливої сімейної обстановки і неправильного виховання за типом гіпопротекції або гіперпротекції. У старшому шкільному віці прояви нестійкості виражені у всіх сферах психічної діяльності. Соціальна незрілість, сугестивність і слабкість вольових установок, спрага вражень в окремих випадках призводять таких підлітків до асоціального способу життя. Вони можуть потрапити під вплив більш сильних особистостей, іноді з вираженими відхиленнями поведінки.

При **збудливому варіанті** особистісної патології провідними ознаками є підвищена емоційна збудливість, дратівливість, схильність до емоційних спалахів, посилення примітивних потягів і інстинктів.

При ДЦП збудливий варіант психогенного патологічного формування особистості спостерігається у зв'язку з несприятливими умовами життя з хронічною психотравмуючою ситуацією в мікросередовищі і неправильним вихованням за типом гіпоопіки або бездоглядністю внаслідок асоціальних моментів в сім'ї. Психогенез формування особистості в цих випадках складний: ймовірно, в ньому беруть участь механізми патохарактерологічного розвитку і психогенного розвитку особистості дефіцитарного типу, що розвивається на змінній основі. У окремих дітей з ДЦП має місце спадкова схильність. Однак у більшості випадків від конституціональних і органічних психопатій (імпульсивних, експлозивних, епілептоїдних) їх відрізняє більш пізню появу порушень поведінки, частіше в шкільному віці; переважання

патохарактерологічних реакцій протесту, реакцій імітацій і психогенних утворень у зв'язку з переживанням почуття власної фізичної неповноцінності.

Ступінь впливу кожного патогенного фактора в комплексі психотравмуючого різна. Цим пояснюється великий діапазон клінічних варіацій як у межах одного і того ж психопатологічного симптомокомплексу, так і при різних його варіантах. У зв'язку з цим в одних випадках клінічні прояви близькі проявам при психогенному патохарактерологічному розвитку, в інших – стрижневим є переживання своїх дефектів і меншою мірою виражено вплив навколишнього середовища, у деяких – з перших років виявляються психопатичні риси, а психогенні чинники, переживання почуття власної фізичної неповноцінності і несприятливі мікросоціальні умови при цьому діють в одному напрямку, впливаючи і прискорюючи темп патологічного розвитку особистості.

У ранньому і дошкільному віці більшість дітей з цим варіантом особистісної патології мало чим відрізняються від інших дітей з ДЦП.

Перші порушення поведінки зазвичай пов'язані з труднощами навчання. Маючи факт неспроможності в навчанні, такі діти намагаються завоювати авторитет серед однолітків зайвою розбещеністю, зухвалістю, грубістю. У відповідь на образливі прізвиська, частіше у зв'язку з додатковими дефектами, вони реагують афективним спалахом, бійкою, покаранням кривдника. У шкільному віці наростає дратівливість, афективна нестриманість, схильність до конфліктів. Повторні психогенні реакції виникають легше.

РОЗДІЛ II.

Корекційно-розвиткова робота з учнями з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах інклюзивної освіти

Підходи до здійснення корекційної роботи з дітьми з ДЦП

Рух є основною біологічною властивістю живої матерії, він розвивається і вдосконалюється разом з еволюцією живої природи. В даному процесі рух набуває специфічного якісно нового характеру, обумовленого свідомим, соціально-біологічним характером діяльності людини [2; 3; 5].

Рухова навичка – це такий ступінь опанування технікою рухової дії, за якого управління рухами відбувається автоматично і дії відрізняються високою надійністю. Формування рухової навички являє собою процес утворення динамічного стереотипу при взаємодії першої та другої сигнальних систем, за провідної ролі останньої [6; 7].

Отже, рухова активність людини є складною функцією, в реалізації якої беруть участь не тільки різні відділи опорно-рухового апарату, але і різні структурні та функціональні утворення нервової системи.

У дітей з ДЦП внаслідок органічного ураження головного мозку відбувається значне порушення програмування і виконання довільної рухової активності та керування нею.

У дитини, хворої на церебральний параліч, обмежений набір рухових функцій, які вона може виконувати, а також змінена внаслідок аномальності моделі рухової активності якість рухів. Також змінюється набір поз, які дитина може набувати і зберігати. Їй важко як рухатись, так і перебувати у спокої. Чим менший набір поз і рухових функцій, тим серйозніший кінцевий ступінь паралічу і, відповідно, тим сильніша інвалідність [4].

У дітей із ДЦП, крім значного обмеження рухових функцій, також спостерігається порушення здатності здійснювати вибір із набору доступних для неї рухових функцій і положень оптимального рухового рішення для виконання конкретного завдання за існуючих умов.

Недостатність рухів, обмеженість рухової активності, що властиве для дітей із ДЦП, негативно впливає на формування і розвиток організму [36]. Зокрема, явища гіпокінезії та гіподинамії справляють негативний вплив на формування мовлення, психічних функцій, інтелекту, сенсорних систем, а також поведінку дітей [14; 17].

Таким чином, під **розвитком рухової активності** у дітей із ДЦП потрібно розуміти збільшення її тривалості й обсягу на підставі якісних перетворень в організмі дитини та розробки привабливих для неї видів рухової діяльності.

Змістовність корекційно-розвивальної роботи серед дітей із наслідками церебрального паралічу, вибір засобів, методів і технологій зумовлюються, насамперед, тяжкістю й особливостями прояву симптомокомплексу захворювання в кожному конкретному випадку. Від того, наскільки адекватно, індивідуально і правильно підібрано режим та зміст рухової активності, залежатиме кінцевий результат корекційної роботи.

Корекційна робота з дітьми, хворими на церебральні паралічі, крім

основних педагогічних завдань навчання, виховання і розвитку, передбачає розв'язання спеціальних завдань: формування і вдосконалення рухових можливостей, розширення життєво необхідних рухових функцій, підвищення рухової активності, покращення морфолого-функціонального і психологічного стану, соціальної адаптації, раціоналізації дозвілля та спілкування з однолітками. Безпосередня реалізація цих завдань відбувається завдяки використанню загальнодидактичних методів [10], серед яких слід виділити такі:

- візуальні: демонстрація, показ;
- вербальні: розповідь, пояснення, бесіда, опис тощо;
- практичні.

Особлива роль належить практичним методам, які передбачають активну рухову діяльність дітей і мають свої особливості залежно від специфіки вирішуваних завдань.

Успішність застосування засобів і методів корекційного впливу залежить від дотримання дидактичних принципів. Крім загальнопедагогічних принципів (свідомості й активності, індивідуальності, доступності, наочності, повторюваності, систематичності, поступовості та послідовності) [10], у процесі організації корекційної роботи з аномальними дітьми необхідно керуватись також спеціальними, які враховують особливості психофізичного розвитку даної категорії дітей. А саме: принцип єдності діагностики та корекції; принцип раннього початку і комплексності корекційної роботи; принцип розвитку; принцип навчання діяльності; принцип опори на провідну діяльність; принцип опори на позитивні та сильні якості дитини; принцип психологічного комфорту; принцип гуманістичної спрямованості [1;16].

М.М. Єфименко [19] пропонує будувати заняття для дітей з ДЦП у вигляді однієї великої тематичної гри, яка складається із взаємопов'язаних ігрових ситуацій, завдань, вправ, підібраних таким чином, щоб сприяти вирішенню поставлених педагогом корекційних завдань.

В останні роки розпочалося широке і багатогранне застосування комп'ютерних ігор, основною метою яких є стимуляція інтелектуальної діяльності, дрібної моторики, емоційно-вольового й особистісного розвитку дитини [9].

Лі Єн Сан наголошує, що вся корекційна робота повинна ґрунтуватись на концептуальних засадах із урахуванням вимог та інтересів дітей, їх статі, віку, фізичних можливостей. До розробленої дослідником програми входять: 1) нескладні ігри; 2) ритмічна діяльність і танці; 3) індивідуальні види спорту; 4) командні змагання, двоборства; 5) заняття на воді; 6) вправи на розслаблення і розтягування; 7) програма на розвиток фізичної підготовленості; 8) програма профілактики деформацій і корекції [25].

До програми занять, розрахованої на дітей із ДЦП, як вважають К.О. Семенова, S. Karlson, крім вправ для розвитку мовлення, зорової та слухової функцій варто включати психотерапію та фізичних вправи. Усі ці засоби досить ефективно використано в методиці кондуктивного навчання, розробленій в Угорщині провідним фахівцем із ДЦП М. Харі. Ця методика знайшла своє застосування в багатьох країнах світу [18; 27; 34].

Кондуктивне виховання і навчання дітей, хворих на ДЦП, передбачає

комплексний лікувально-педагогічний вплив із використанням регулюючої функції внутрішнього мовлення, ритмічної організації руху. З цією метою дитину спонукають до виконання рухів під рахунок від 1 до 5, на основі однотипних інструкцій: “угору – вниз” тощо. Ритмічна стимуляція рухів ґрунтується на сучасних дослідженнях багатьох вітчизняних психологів (Л.С. Виготського, М.О.Бернштейна, А.Р. Лурія), що розглядають довільну рухову активність на підставі концепції функціональних систем, що включає кінестетичне і кінестичне підґрунтя і зорово-просторову організацію [6;7].

Методика кондуктивного виховання, що базується на цій концепції, у свою чергу не тільки полегшує виконання рухів при ДЦП, але і сприяє формуванню довільної регуляції поведінки. За допомогою цієї методики забезпечується нерозривний взаємозв'язок розвитку моторики, мовлення і довільної регуляції поведінки. Формується початкове ситуативне розуміння зверненої мови і підпорядкування окремим словесним інструкціям у складі знайомих словосполучень. Для кращого розуміння простих інструкцій треба їх вимовляти, одночасно показуючи дії, що ними позначаються, допомагаючи дитині їх виконати. Здійснюючи цю роботу, особливу увагу слід приділяти емоційно-позитивній взаємодії дитини з дорослим, який здійснює кондуктивне виховання [27].

Розроблена О.Ю. Штеренгерц методика ЛФК для дітей ґрунтується на врахуванні анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, біомеханіки кожного руху, складності ураження і віку дитини. Особливу увагу автор приділяє емоційному стану під час проведення занять і формування трудових навичок. Широко застосовуються рухливі ігри й адаптовані спортивні ігри.

Принцип використання потенціалу позитивних емоцій також становить підґрунтя методики Стернік [35]. За допомогою прийомів лікувальної хореографії, виходячи з характеру порушень і поставлених найближчих завдань, добирають елементи танцювальних рухів і музичний ритм, характерні для народних танців (російських, чеських, українських – для розтягнення ахілового сухожилку; індійських, бухарського – для розвитку дрібної моторики тощо). Найбільш важливим моментом під час занять є контроль за положенням голови, усунення патологічних тонічних рефлексів, пригнічення мимовільних рухів у разі гіперкінезів. Цю методику автор рекомендує застосовувати, працюючи з дітьми старшого віку з будь-якою формою ДЦП.

Завдання корекційної роботи при ДЦП

Основними завданнями корекційної роботи при ДЦП є:

- надання дітям медичної, психологічної і педагогічної, логопедичної і соціальної допомоги;
- забезпечення максимально повної і ранньої соціальної адаптації, загальної і професійної освіти;
- розвиток позитивного ставлення до життя, суспільства, сім'ї, навчання і праці.

Ефективність лікувально-педагогічних заходів визначається своєчасністю, взаємопов'язаністю, безперервністю, особистісно орієнтованим підходом та ін. Лікувально-педагогічна робота повинна мати комплексний характер. Важливою умовою комплексного впливу є узгодженість дій спеціалістів різних профілів: невропатолога, психоневролога, лікаря ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, вчителя, вихователя. Необхідна їх загальна позиція при обстеженні, лікуванні, психолого-педагогічній і логопедичній корекції.

Принципи корекційної роботи

Існує кілька **основних принципів корекційно-педагогічної роботи з дітьми, що страждають на ДЦП:**

- комплексний характер корекційно-педагогічної роботи;
- ранній початок онтогенетично послідовного впливу, що спирається на збережені функції;
- організація роботи у межах провідної діяльності;
- спостереження за дитиною у динаміці психомовного розвитку, що триває;
- тісна взаємодія з батьками і всім оточенням дитини.

Для допомоги дітям з важкими розладами опорно-рухового апарату Шипицина Л.М., Мамайчук І.І. пропонують такі **загальні принципи:**

- принцип компенсації, що передбачає проведення роботи відповідними спеціалістами;
- принцип взаємозв'язку: кожен спеціаліст будує свою роботу з урахуванням напрямку діяльності інших працівників;
- принцип поєднання індивідуального підходу з груповими формами роботи;
- принцип щоденного обліку психофізичного стану дитини при визначенні об'єму і характеру знань, що з нею проводяться;
- принцип пріоритетного формування якостей особистості, необхідних для успішної соціалізації;
- принцип поєднання в корекційному процесі роботи з розвитку порушених функцій і формування прийомів їх компенсації.

Основні напрями корекційно-педагогічної роботи з дітьми з ДЦП

Виділяють такі напрями:

- розвиток емоційного, мовного, предметно-дійового і ігрового спілкування з оточуючими;
- стимулювання сенсорних функцій;
- розвиток передумов до інтелектуальної діяльності;
- формування математичних уявлень;
- підготовка до оволодіння письмом;
- виховання навичок самообслуговування та гігієни.

Значне місце в корекційно-педагогічній роботі при ДЦП відводиться **логопедичній роботі.**

Її основними завданнями є:

- розвиток мовного спілкування;
- нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарата;
- розвиток мовного дихання, голосу;
- формування сили, тривалості, керованості голосу у мовному потоці;
- вироблення синхронності дихання, голосу і артикуляції;
- корекція вад вимови.

Ігрова діяльність

Висока ефективність ігор як засобу корекції різноманітних порушень у дітей з ДЦП доведена у працях С. Демчик і Г. Кособуцької, М. Єфименка та іншими дослідженнями.

В ході ігрових занять вирішуються такі завдання:

- покращення загального фізичного розвитку з акцентом на діяльності серцево-судинної та дихальної систем;
- концентрація уваги, покращення швидкості реакції на сигнал;
- зміцнення зв'язково-м'язового апарату, підвищення рухливості суглобів;
- сенсорно-моторне виховання (слухо- і зорово-моторна координація, вестибулярне тренування);
- покращення спритності, точності рухів, орієнтації у просторі та рівноваги.

Саме у грі, на фоні яскравих позитивних емоцій формуються перші знання, уміння та навички дитини. Вдало підібрані і вміло проведені ігри стануть помічниками у набутті необхідних навичок. Під час гри створюються такі умови, в яких кожна дитина отримує можливість самостійно діяти, набуваючи власний руховий або чуттєвий досвід.

Вони проходять емоційно та стимулюють рухову активність. В іграх природні рухи використовуються в розважальній і ненав'язливій формі, що полегшує і прискорює формування необхідного рухового стереотипу, що має особливе значення, адже у молодших школярів ці процеси краще відбуваються на рівні мимовільного запам'ятовування [41]. Крім того, рухливі ігри, як правило, не вимагають від учасників спеціальної підготовки, одні й ті самі ігри можуть проводитись за різних умов, з більшою або меншою кількістю гравців, за різними правилами.

Дидактична гра дозволяє забезпечити потрібну кількість повторень на різному матеріалі при збереженні емоційно-позитивного ставлення до завдання.

Більшість дітей з ДЦП потребують постійної **стимуляції концентрації уваги**. Тому, при організації гри з такими дітьми є постійне нагадування умов та правил гри, повторення символів, команд.

Обираючи ігри, треба керуватись як потребами дітей із ДЦП, так і їх реальними можливостями для виконання конкретних ігрових завдань

Організуючи ігрову діяльність, слід пам'ятати, що діти з порушеннями опорно-рухового апарату **не можуть і не повинні** довгий час перебувати в одному положенні.

Так, на перших заняттях в основному застосовуються малорухливі (з короткочасною руховою активністю) та сюжетні ігри низької інтенсивності.

Згодом, в міру розширення функціональних можливостей дітей, поступово вводяться ігри більш інтенсивного характеру, пов'язані з виконанням більш складних рухових завдань.

Існує багато ігор, які сприяють розвитку уваги, мовлення, мислення, пам'яті, рухової активності. Важливо обирати ті ігри, які чітко працюють у напрямку подолання відповідних недоліків. Тільки допомога та підтримка дорослого дозволять дитині з ДЦП отримати від ігор і задоволення і користь.

До кожного заняття варто включати не більше 5 ігор різної спрямованості з метою комплексного розвитку різних рухових якостей. Для регулювання загального навантаження на організм дітей у ході занять інтенсивні рухливі ігри, які передбачали біг і стрибки, чергували з малорухливими іграми на розвиток уваги, координації рухів, рівноваги тощо, а також із дихальними вправами.

Дитина з ДЦП часто не може координувати і вправно діяти пальцями руки, саме тому дорослий під час гри має допомогти дитині використати вже набуті навички, лише потім їх розширити та наблизити до спроможності навчатися.

Успішність проведення гри залежить від того, як учитель:

- керує грою;
- подає команди, розпорядження, звукові та зорові сигнали;
- робить вказівки по ходу гри;
- сам бере участь у грі, виконує головну або другорядну роль;
- спостерігає за загальним станом і самопочуттям кожного учня.

Зауваження по ходу гри варто робити делікатно і доброзичливо, підтримуючи радісний настрій дітей. Крім того під час організації ігрових занять із даною нозологією дітей необхідно робити підказки щодо доцільності виконання того чи іншого руху в конкретній ігровій ситуації, маючи на меті досягнення оптимального результату.

Кожну гру закінчувати варто своєчасно, коли діти отримали достатнє емоційне і фізичне навантаження, не допускати, щоб гра дітям набридла.

Ігри-драматизації

Театралізовані ігри, як один із потужних засобів арт-терапії, дуже широко використовуються з метою розвитку творчості та психокорекції серед дітей і підлітків. Ігри-драматизації є одним із різновидів театралізованих ігор і ґрунтуються на власних діях виконавця певної ролі. Діти в цьому випадку грають самі, переважно використовуючи доступні засоби виразності – інтонацію, міміку, пантоміміку. Беручи участь в іграх-драматизаціях, дитина ніби перевтілюється, живе життям персонажа. Це найбільш складне завдання, адже воно не спирається на жодний предметний зразок. Атрибут – характерну ознаку персонажа (маску, костюм тощо) - дитина одягає на себе, створити ж образ вона повинна сама за допомогою інтонації, міміки, жестів, рухів [34].

Театралізовані ігри як різновид сюжетно-рольових ігор зберігають їх типові ознаки: зміст, творчий задум, роль, сюжет, рольові й організаційні дії та стосунки. Джерелом змістовності всіх цих компонентів служить навколишній світ. Він же є опорою для творчості педагога і дітей. Кожна тема може бути розіграна в кількох варіантах. Проте, на відміну від сюжетно-рольових,

театралізовані ігри розвиваються за задалегідь підготовленим сценарієм, в основі якого – зміст вірша, казки, оповідання. Готовий сюжет ніби веде за собою, розгортаючи гру.

Ігри-драматизації потребують режисування і проголошення реплік. Тут необхідні й виразні інтонації, типові для певного образу, які характеризують його вчинки та поведінку, і відповідна міміка, яка доповнює відтінки голосу. Зображення поведінки героїв у гри-драматизації ускладнюється, пантоміма стає провідним зображувальним засобом. Образ народжується з дій персонажів, їх міміки, інтонації та змісту реплік. Усе це дає простір для творчого перетворення знайомого сюжету.

Основні завдання, які вирішують ігри:

- подолання емоційної та соціальної депривації;
- розвиток творчості, емоційних проявів, розкріпачення дитини, подолання скутості та сором'язливості;
- розвиток комунікативних навичок (вербальних і невербальних: міміка, жести) та способів соціальної взаємодії;
- розвиток загальної моторики та пластики рухів.

Розвиток дрібної моторики

Розвиток мілкої моторики для дитини з ДЦП є дуже важливим. Справа в тому, що в головному мозку центри, які відповідають за мовлення та рухи пальців рук знаходяться один біля одного. Таке тісне сусідство дає можливість впливати на розвиток активного мовлення через тренування дрібної моторики пальців рук. Різноманітні маніпуляції з предметами сприяють активізації цього процесу, що особливо цінне для дітей з ДЦП. Дуже важливе розучування текстів, віршів з використанням пальчикової гімнастики. Це стимулює розвиток мовлення, просторового мислення, уваги, уяви, виховує швидкість реакції та емоційну виразність, що для дітей з особливими потребами дуже важливо.

Дефекти моторики рук виявляються в процесі формування трудових і побутових навичок. На уроках праці таким дітям без спеціальної корекції важко працювати з пластиліном: не можуть його розкотити, розділити на частини, зліпити різні фігурки. Несформованість функції диференціації хапання і утримання предмету, насильницькі рухи і неможливість розміряти м'язові зусилля з руховою задачею заважають виконанню трудових операцій з природним матеріалом і папером.

Іноді зустрічаються діти з **недостатністю просторового аналізу і синтезу**, що особливо виявляється при оволодінні конструюванням, навичками самообслуговування, а також при читанні, письмі і на уроках фізичної культури. Таким дітям важко в диференціації лівої і правої сторони, в складанні цілого з частин. Ступінь вираженості вказаних труднощів значно збільшується при поєднанні несформованості просторового аналізу і синтезу з недостатністю зорово-моторної координації. Такі діти із запізненням опановують багатьма уміннями і навичками самообслуговування. Їм тривалий час важко в розрізненні і в співвідношенні правого і лівого черевика, у визначенні правого і лівого рукава піджака, при надяганні фартуха не можуть знайти верх і низ.

Нерідко на уроках ручної праці їм нелегко скласти з окремих частин ціле (склеїти, скласти з конструктора грибок, ялиночку, будиночок та ін.). У старших класах ці труднощі виявляються при виготовленні виробів на уроках столярної, слюсарної, швейної і картонажної справи.

Несформованість просторових уявлень відображається на початковому етапі засвоєння математики. При вивченні складу числа діти не можуть розташувати або уявити його у вигляді окремих груп предметів. Проте, особливі труднощі для них представляє процес оволодіння матеріалом з геометрії і тригонометрії.

У деяких учнів труднощі при засвоєнні програмного матеріалу з географії (розташування частин світу тощо) можуть бути викликані недостатньою сформованістю просторової уяви і пам'яті, **найяскравіше це виявляється при роботі з контурними картами.**

Особливості навчальної діяльності учнів з церебральним паралічем значною мірою також визначаються різними порушеннями мови. В усних відповідях такі учні прагнуть виражати свою думку економно, стисло, вони відповідають мовними штампами і лише на питання вчителя. Трапляється, що дітям важко відразу відповісти на поставлене питання, їм потрібен якийсь час для підготовки до відповіді; вони можуть взагалі відмовитися відповідати. Підготовка до відповіді вимагає певного налаштування мовного апарату (подолання насильницьких рухів, підготовка дихання, довільне підключення голосу).

Нерідко порушення звуковимови поєднуються з труднощами розрізнення звуків мови на слух. У цих випадках діти змішують близькі за звучанням звуки, наприклад, свистячі і шиплячі, тверді і м'які, дзвінки і глухі.

Вправи для розвитку дрібної моторики

1. Дитина опускає кисті рук в посуд, заповнений водою (піском, крупою), вибирає різні предмети, називає їх. Потім те саме вже із закритими очима.
2. Малювання на піску різних предметів, букв, цифр.
3. Ліплення з пластиліну геометричних фігур, букв, цифр. Впізнання зліплених букв із закритими очима.
4. Розкладання жолудів, паличок, нанизування намистин.
5. Перекачування олівця між пальцями кожної руки.
6. Ігри з малюванням: обводити фігури, штрихувати, фарбувати.
7. Ігри з гудзиками. Викладання різних малюнків спочатку з допомогою дорослого, потім самостійно.
8. Ігри-шнурівки та ін.

Вправи для пальчикової гімнастики

1. Постукування по столу пальцями рук по чергово.
2. Поплескування кистями рук по столу по чергово і одночасно.
3. Пальчики «бігають» – вказівний і середній пальці спочатку правої, потім лівої рук.
4. Пальчики «вітаються» (торкаються) один одного спочатку правої, потім лівої рук.
5. Стискання пальців в кулак і розмикання.

6. Загинати по черзі пальці правої руки, лівої, обох рук.

7. Розведення пальців в сторони правої, потім лівої руки, обох рук одночасно.

8. Пальці «переплітаються», долоні стискаємо.

Ефективною роботою також є логопедичний **точковий масаж**. Мета точкового масажу, який використовується в логопедичній практиці, є нормалізація тону м'язів голосового, дихального та артикуляційного апаратів. Точковий масаж корисно проводити на фоні релаксації та фоні аутогенного тренування. Дуже ефективною формою є **горіховий масаж**. Дітям він дуже подобається. Крім того, волоський горіх чудово усуває стрес, позитивно впливає на точки, що сприяють розвитку мовленнєвої активності дітей, їх дрібної моторики. Цей вид роботи проводиться у формі гри з віршованим супроводом. Разом з мовленням розвиваються сенсорні здібності. Для цікавості можна розмалювати горішок (очі, ротик, носик, чубчик). Також корисні – шишковий масаж та масаж прищіпками.

Дуже важливо працювати над **ритмом і темпом** дитини з ДЦП. Це розучування віршів, лічилок (поєднання рухів і словесного супроводу). Необхідно виконувати вправи для розвитку дихання і голосу, які сприяють виробленню правильного діафрагмового і мовленнєвого дихання, його сили та тривалості (наприклад, приспівування голосних звуків).

Корекційні музичні заняття

Музичні заняття є одним із найбільш ефективних засобів корекції та розвитку рухової сфери дітей з органічною патологією нервової системи [6;7]. Музика, як і рух, протікає в часі. Її загальний характер, ритмічність її рисунка, емоційна забарвленість є потужними стимуляторами активних рухів у дітей із ДЦП. Під впливом музично-ритмічних вправ гармонізується взаємодія психічних і фізичних функцій. Музичний супровід рухової діяльності значно полегшує її організацію та здійснення за просторово-часовими характеристиками, що особливо необхідно для дітей, хворих на ДЦП. Крім того, музика також є активним засобом підкріплення рухових досягнень, позитивних м'язових відчуттів дитини з ДЦП.

Розвиток рухів у поєднанні зі словом і музикою являють собою цілісний корекційний процес. Корекція порушених і подальший розвиток збережених функцій стимулює у дитини зібраність уваги, конкретність уяви, активність думки, розвиток пам'яті: емоційної (процес викликає зацікавленість і, відповідно, емоційний відгук); образної – під час сприйняття наочного зразка руху; словесно-логічної – у процесі осмислення завдань і запам'ятовування послідовності їх виконання; рухової – у зв'язку з практичним виконанням завдань і мимовільної, без якої неможливе свідоме самостійне виконання вправ.

Характерними особливостями і перевагами музичних занять над іншими засобами та видами корекційної роботи серед дітей з ураженням нервової системи і опорно-рухового апарату є:

- сприятливі умови для тренування процесів гальмування і збудження, сприяння врівноваженню і ритмізації процесів у ЦНС;
- позитивний вплив на дітей за рахунок точного дозування подразників:

темпу, ритму, динаміки музичних композицій. Музика і словесні інструкції сприяють диференціації рухових реакцій за часом, силою, формою і напрямом їх здійснення. Музика і словесний супровід допомагають активно реалізовувати рухи та гальмувати моторні реакції;

- корегування й упорядкування рухових, ритмічних процесів розвиває здатність до концентрації, зосередження. Робота в колективі позитивно впливає на слабких, неактивних дітей, дозволяє непомітно для них самих організувати свою діяльність відповідно до конкретних завдань і узгоджувати її з рухами інших дітей.

Музичні композиції бажано згрупувати за темпом.

Повільна музика. Мелодія тече плавно, спокійно, звучання переважно тихе.

Музика в середньому темпі. Мелодія радісна, легка, звучання.

Швидка, бадьора, життєрадісна, рухлива і завзята музика. Мелодія радісна, іноді жартівлива, часто має танцювальний характер.

Корекційна робота під час кожного музичного заняття здійснюється за такими основними напрямками:

- розвиток просторового відчуття рухів;
- розвиток відчуття ритмічної структури рухів.

У процесі розвитку просторового відчуття рухів особливу увагу дітей звертають на вихідне положення, положення тіла і його частин під час руху (особливості траєкторії руху, фіксування кінцівок в кінцевих точках траєкторії руху). Рухи кінцівками, а також пересування у цілому виконується у просторі спочатку за основними напрямками: вгору - вниз, уперед - назад, праворуч - ліворуч. Після цього діти опановують рухами в проміжних напрямках, наприклад, у напівоберті.

Наприкінці кожного заняття обов'язковим є розвиток **дрібної моторики**, виконуючи вправи в такій послідовності:

«Пальчики вітаються». Почерзі з'єднати однойменні пальці правої та лівої рук. Повторити 3-4 рази.

«Пальчики обіймаються». Міцно притулити долоні одна до одної, пальці при цьому з'єднуються в "замок" і ніби обіймають один одного. Повторити 3-4 рази.

«Пальчики борються». З попереднього положення з силою здійснювати нахили праворуч - ліворуч, імітуючи боротьбу пальців правої та лівої рук. Повторити 2-3 рази в кожен бік.

«Окуляри». З'єднати великий і вказівний пальці правої та лівої рук, утворюючи кола. Приставити до обличчя, імітуючи окуляри. Подивитися праворуч і ліворуч. Повторити 2-3 рази в кожен бік.

«Дерева». Зігнувши руки в ліктях (кистями догори), виконувати рухи пальцями – "вітерець грає листям дерев", спочатку по черзі кожною рукою, потім обома руками одночасно, поступово збільшуючи темп рухів. Повторити 3-4 рази.

«Чоловічок». Запропонувати дитині уявити, що кисть руки – маленький чоловічок. «ходити», «стрибати», «перестрибувати», «оминати перешкоди» тощо спочатку правою, потім лівою рукою, потім обома руками одночасно.

Використовуються також такі вправи, як катання руками м'ячиків різними способами та в різних напрямках, розривання аркуша паперу, зав'язування бантиків лялькам, розстібання - застібання гудзиків на своєму одязі та на одязі інших дітей, нанизування кілець тощо.

Для зниження гіперкінезів використовуються корекційні вправи та ігри для розслаблення м'язів пальців, кисті, плеча і передпліччя.

1. Дитина стискає руки в кулаки, потім різко відпускає пальці – повне розслаблення.

2. Стиснувши руки в кулаки, по черзі натискати правим кулаком на лівий, потім лівим – на правий, тобто «будувати піраміду», яка стає все вищою й вищою. Кулаки слід ставити один на другий, натискаючи якомога сильніше.

3. Ритмічні рухи кулаками по колу за годинниковою стрілкою і навпаки, спочатку кожною рукою по черзі, потім одночасно.

4. Лікті зігнутих рук розташувати на столі. Правою рукою намагатися дістати праве плече, за активного опору лівої. Таку саму вправу виконувати і лівою рукою.

5. Руки зчепити в «замок» перед грудьми. Правою рукою намагатися відвести ліву руку, а лівою – праву. Дітям з геміпаретичною формою ДЦП слід допомагати виконувати вправи хворою рукою.

Особлива увага звертається на формування протиставлення першого (великого) пальця всім іншим. З цією метою виконуються такі завдання:

- стиснути пальці правої руки в кулак і випрямити, те саме лівою;
- стиснути пальці в кулак обома руками одночасно і по черзі;
- постукати кожним пальчиком по столу на рахунок «один – два», «один – два – три», «один – два – три – чотири» і у зворотному порядку;
- розвести та стиснути пальці, зігнути та розігнути із зусиллям («Кішка випустила кігті»);
- перекласти грецькі горіхи лише першим і другим, першим і третім, першим і четвертим пальцями правої, а потім лівої руки;
- протиставити по черзі першому пальцю всі інші.

Наприкінці кожного корекційного музичного заняття з метою заспокоєння дітей і закріплення позитивних зрушень в організмі під заспокійливі класичні та сучасні музичні твори повільного темпу й аудіозаписи звуків моря, водоспаду, ранкового лісу діти виконують спеціальні релаксаційні вправи з елементами аутогенного тренування.

Позу для виконання вправи діти вибирають самостійно, за власним бажанням, таку, щоб було найзручніше. Вправи мають бути спрямовані на вирішення таких завдань:

- загальне заспокоєння організму («спокій»);
- досягнення відчуття розслаблення м'язів тіла («важкість»);
- досягнення відчуття тепла («тепло»);
- регуляція дихання («дихання»).

Перед виконанням вправ треба пояснювати дітям, що під час кожної вправи необхідно закрити очі та повністю розслабитись, відтворити в своїй уяві ті пейзажі, які описуються в текстах навіювання, максимально сконцентруватись на

позитивних відчуттях, не можна розмовляти чи рухатись. Після цього тексти вправ промовляються педагогом у спокійному повільному темпі, а дітям необхідно подумки повторювати їх.

«Заспокоєння». Виконується під музичний супровід «Звуки струмка».

Я перебуваю на весняному квітучому лузі. Яскраво світить сонечко. У повітрі пахне весною. Літають метелики, вони сідають на яскраві гарні квіти, перелітають з однієї квітки на іншу. Біля моїх ніг повільно тече струмочок. Я відчуваю спокій і задоволення, мені приємно...(3-5 разів) Відпочиває все моє тіло...(2-3 рази) Я відчуваю повне і приємне заспокоєння...(3-5 разів)

Заспокоюється кожна частинка тіла... Ніщо мене не хвилює...(3-5 разів) Я приємно відпочиваю...(2-3 рази)

«Важкість». Виконується під музичний супровід «Звуки літнього дощу».

За вікном літній теплий дощ. Великі прозорі краплини спадають на землю, сповнюючи її життєдайною вологою. Приємний звук дощу заспокоює мене. Я знаходжусь вдома і спостерігаю за дощем з вікна. Мені приємно і тепло. Моя права рука повністю розслаблена...(3-5 разів) Я відчуваю приємну важкість у правій руці...(2-3 рази) Важкими стали пальці моєї правої руки...(2-3 рази) Важкою стала кисть моєї правої руки...(2-3 рази) Уся моя права рука стає все важчою і важчою...(2-3 рази) Я дихаю рівно, я абсолютно спокійний...(1 раз)

Так само виконується ця вправа з лівою рукою, обома руками, правою або лівою ногою, обома ногами, нарешті одночасно з руками та ногами.

«Тепло». Виконується під музичний супровід «Звуки моря».

Я перебуваю на березі моря. Приємно світить ласкаве сонечко, теплий пісок лагідно огортає моє тіло. Він такий теплий і приємний на дотик. Усе моє тіло приємно відпочиває...(2-3 рази) Я відчуваю приємну важкість у правій (лівій) руці...(2-3 рази) Вона поступово наповнюється теплом цього сонячного дня...(2-3 рази) Я дихаю рівно, я абсолютно спокійний...(3-5 разів) Я відчуваю приємне тепло в правій (лівій) руці...(2-3 рази) Моя права (ліва) рука стала важкою й теплою...(2-3 рази) Я дихаю рівно, я абсолютно спокійний...(3-5 разів)

Потім відчуття тепла відпрацьовується в нижніх кінцівках тіла. Треба уявити те відчуття, що виникає, коли лежиш на теплому піску.

«Дихання». Виконується під музичний супровід «Звуки ранкового лісу».

Я перебуваю в ранковому лісі. Приємно співають пташки, легкий вітерець приємно обдуває моє обличчя. Повітря свіже, чисте, я з радістю вдихаю його на повні груди. Я дихаю рівно та спокійно...(2-3 рази) Мій вдих повільніший і триваліший, ніж видих (ранковий тип дихання)...(2-3 рази) Я дихаю рівно, я абсолютно спокійний...(2-3 рази)

Приємне відчуття тепла і задоволення поступово розливається по всьому тілу...(2-3 рази) Я дихаю рівно, я абсолютно спокійний...(2-3 рази) Мені дуже приємно бути у ранковому лісі. Моя голова спокійна і свіжа...(2-3 рази) Я дихаю рівно, я абсолютно спокійний і задоволений...(2-3 рази) Моє дихання спокійне, легке та рівне...(3-5 разів) Я обов'язково повернусь до ранкового лісу наступного разу.

Дихальні вправи

«Роздмухування вогнища». Діти сідають навколо уявного вогнища. Вчитель пропонує уявити, що їм під час походу стало холодно і потрібно зігрітися. Діти дмухають на уявне вогнище, простягають до нього руки та гріють їх. Після того як зігрілися, всі разом гасять вогонь, виконуючи одночасно за сигналом вчителя потужний довгий видих через рот, вимовляючи «у».

«Бджілка». Діти рухаються залогом, вдаючи маленьких бджілок. Виконують короткий вдих через ніс, під час довгого повільного видиху вимовляють звук «дз».

«Хижий тигр». Діти рухаються залогом, вдаючи тигрів. Підходять один до одного, пригнувшись (виконують короткі різкі вдихи через ніс), під час виконання коротких різких видихів через рот голосно вимовляють звук «р».

«Пахуча квіточка». Нахилитися, уявно зірвати квіточку, піднести до носа і понюхати (зробити довгий глибокий вдих), під час повного подовженого видиху через рот вимовити звук «а».

«Пухнаста кульбабка». Уявити у руці кульбабу, намагатися дмухати на неї.

Су-Джок терапія

Су-Джок терапія є одним із різновидів загальної рефлексотерапії, в основу якого також покладений рефлекторний механізм взаємодії БАТ, розташованих на поверхні тіла людини, з різними органами та системами організму. Особливість методики Су-Джок терапії полягає у впливі на кисті та стопи, на яких розташовані високоактивні точки [29]. Останні відповідають усім внутрішнім органам і частинам тіла. Ці точки розташовуються в суворому порядку й у зменшеному вигляді відбивають анатомічну будову тіла людини.

Згідно зі стандартною системою відповідності, великий палець відповідає голові, долоня і підошва – тулубу, III і IV пальці кистей і стоп відповідають ногам, а II і V пальці кистей і стоп – рукам, причому проєкція вентральної частини тіла відбивається на внутрішню (долоню, підошву) поверхню, а дорсальної частина тіла – на тильну поверхню кистей і стоп відповідно [29;30;31].

Для проведення стимуляції вибір відповідних ділянок здійснюється індивідуально для кожної дитини залежно від особливостей рухових і вегетативних порушень та їх локалізації.

На сеансах Су-Джок терапії здійснюють стимуляцію зон проєкції вражених ділянок тіла на стопи та кисті за стандартною системою відповідності малими та великими кільцями (додаток Ж). Тривалість стимулювання кожної точки становить 3-5 хв. до поступового зникнення болю, появи гіперемії шкіри в зоні стимуляції, відчуття приємного тепла. Індивідуальні сеанси Су-Джок терапії проводять двічі на день протягом 10-15 хвилин в день.

На перших сеансах Су-Джок терапії стимуляцію великими й особливо малими кільцями здійснює педагог. У подальшому активізують дітей до самостійного їх проведення, пояснивши, як правильно це робити.

Крім того, для розробки контрактур через день на ніч можна робити

аплікації гречаного насіння на пальці кистей відповідно найбільш ураженим суглобам кінцівок. За один сеанс стимулюють по одному суглобу, кожного разу обираючи новий. Спосіб аплікації такий: насіння кріпиться до шматочка лейкопластиру і фіксують на відповідну ділянку обраного пальця кисті. На аплікацію додатково варто натискати та робити масаж поступальними коловими рухами через кожні 3-5 годин.

Корекційний комплекс Мороз Л.В.

Мороз Л.В., кандидат педагогічних наук, пропонує комплекс корекційних вправ для дітей з ДЦП, який можна рекомендувати і батькам для самостійної роботи з дітьми в домашніх умовах, для зміцнення м'язів спини, розгиначів стегна, згиначів плеча.

1. В.п. – лежачи на животі, випростані руки попереду:

1 - підняти верхню частину тулуба, вдих;

2-3 - виконати два оплески перед собою; 4 - в.п., видих.

Повторити 4-5 разів.

Голову тримати прямо, стежити за диханням, плескати повільно, з максимальною амплітудою.

2. В.п. – те саме:

1 - одночасно підняти прямі праву руку і ліву ногу, вдих;

2 - в.п., видих;

3-4 - те саме лівою рукою і правою ногою.

Повторити 3-4 рази з кожного боку. Темп повільний, стежити за диханням і одночасністю рухів.

3. В.п. – те саме:

1 - одночасно підняти верхню і нижню частини тулуба, вдих;

2 - в.п., видих.

Повторити 3-4 рази. Темп повільний, ноги не згинати, стежити за диханням.

4. В.п. – лежачи на животі, руки випростані вздовж тулуба:

1 - підняти пряму праву ногу і затримати у такому положенні, вдих; 2 - в.п., видих;

3-4 - те саме лівою ногою.

Повторити 3-4 рази кожною ногою. Методичні вказівки ті самі.

5. В.п. – те саме:

1 - підняти пряму праву ногу, вдих;

2 - підняти ліву пряму ногу;

3 - повільно опустити ноги;

4 - в.п., видих.

Повторити 3-4 рази. Методичні вказівки ті самі.

6. В.п. – колінно-кистьове, колінно-ліктьове:

1 – вигнути спину, вдих;

2 – вип'ятити спину, нахилити вниз голову, видих зі звуком «ш».

Повторити 4-5 разів. Темп повільний.

7. В.п. – стійка ноги нарізно:

1 – максимально розпрямити плечі, розвести прямі руки через боки назад, вдих;

2 – в.п., видих.

Повторити 4-5 разів. Темп повільний, руки рухаються за максимально можливою траєкторією. Дітям із геміпаретичною формою ДЦП варто допомагати виконувати рух ураженою рукою.

Вправи для зміцнення прямих і косих м'язів живота, згиначів стегна, розгиначів плеча

1. В.п. – лежачи на спині. Виконувати ті самі рухи, що й у вправах 2, 4, 5 попередньої групи.

Дозування і методичні вказівки ті самі.

2. В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Імітувати ногами їзду на велосипеді.

Виконувати протягом 20-25 сек. Темп повільний, не затримувати дихання.

3. В.п. – те саме:

1 - перехід у сід, видих;

2 - в.п., вдих.

Починати з 4-5 разів. Темп повільний, за необхідності допомагати дитині, злегка підтягуючи її за руки.

4. В.п. – лежачи на правому боці, спираючись руками спереду:

1 - підняти пряму ліву ногу;

2 - в.п...Повторити правою ногою.

Повторити 4-5 разів кожною ногою. Темп повільний. Стабілізувати таз і допомагати у відведенні ноги з максимально можливою амплітудою.

5. В.п. – основна стійка:

1-3 - три пружні нахили праворуч, поступовий видих;

4 - в.п., вдих;

5-8 - те саме в інший бік.

Повторити 3-4 рази в кожен бік. Темп повільний.

6. В.п. – стійка ноги разом, прямі руки вгору:

1 - нахил праворуч, праву ногу на носок убік, видих;

2 - в.п., вдих;

3-4 - те саме ліворуч.

Повторити 3-4 рази в кожен бік. Темп повільний.

Для розвитку ритмічності дихання вправи виконувались на рахунок із різним поєднанням респірації через ніс і рот. Для тренування у дітей повного видиху, збільшували його тривалість по відношенню до вдиху. Цьому сприяло і поєднання видиху з одночасним вимовлянням звуків і звукосполучень «у», «о», «ж», «ш», «ха», «ху».

Комплекс вправ, рекомендованих для виконання вдома, включає такі дихальні вправи

1. В.п. – лежачи на спині, зігнувши коліна, руки вздовж тулуба:

1 – глибокий вдих із вип'ячуванням живота;

2-4 – глибокий подовжений видих із втягуванням живота зі звуком «ш», «ж».

Повторити 3-4 рази. Темп повільний.

2. В.п. – сидячи на стільці, руки вздовж тулуба:

1 – глибокий вдих через ніс із вип'ячуванням грудної клітки;

2-4 – глибокий подовжений видих через рот зі звуком «у», «о». Повторити 3-4 рази. Темп повільний.

3. В.п. – те саме:

1-3 – повільний вдих через ніс;

4 – швидкий видих через рот;

5-8 – затримати дихання.

Повторити 3-4 рази.

4. В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба.

1 – підняти руки вгору й опустити вздовж голови, вдих через ніс;

2-4 – в.п., три коротких видихи через рот.

Повторити 3-4 рази. Темп повільний.

5. В.п. – стійка ноги нарізно, руки вздовж тулуба:

1 – підняти руки через боки вгору, піднятися на носки, вдих через ніс;

2-4 – опустити руки через боки вниз, нахилитися вниз, подовжений видих через рот зі звукосполученням «ху», «ха».

Повторити 3-4 рази. Темп повільний, рухи руками плавні, з максимальною амплітудою.

У молодших школярів із ДЦП порушення м'язової сили та рухливості в суглобах більш виражені в дистальних відділах кінцівок, особливо верхніх, що значно перешкоджає розвитку дрібної моторики та здійсненню різноманітних побутових і навчальних маніпуляцій.

Для корекції даних порушень можливі вправи для розвитку різних м'язових груп передпліччя, які передбачали активне почергове виконання згинання - розгинання, супінації - пронації, відведення - приведення кисті, маніпуляції різними дрібними предметами:

1. В.п. – сидячи на стільці, руки на стегнах долонями вниз, кисті вільно звисають.

1 – розігнути кисті;

2 – в.п. (згинання кистей).

Повторити 5-6 разів. Темп виконання повільний, за необхідності допомагати дитині виконувати розгинання з фіксацією у кінцевій фазі руху. По мірі звикання до навантаження збільшувати кількість повторів і кількість серій виконання вправи.

2. В.п. – сидячи на стільці, руки на стегнах долонями вниз.

1 – розвернути долоні, поворушити пальцями (супінація);

2 – в.п. (пронація).

Повторити 5-6 разів. Темп повільний, притримувати дитину за лікті, за необхідності допомагати у здійсненні супінації з фіксацією у кінцевій фазі руху. По мірі звикання до навантаження збільшувати кількість повторів і кількість серій виконання вправи.

3-4. Виконувати ці самі вправи за активного подолання дитиною помірного опору рук батьків у процесі згинання і пронації.

5. В.п. – сидячи за столом, кисть однієї з рук охоплює згори розташований на столі гумовий м'ячик.

1-4 – ритмічні стискання м'ячика;

5-8 – те саме іншою рукою.

Повторити 5-6 разів кожною рукою. Темп повільний, за необхідності згори утримувати руку дитини своєю рукою. Стежити, щоб великий палець під час виконання вправи був протиставлений усім іншим пальцям.

6. В.п. – те саме.

1-4 – катати м'ячик уперед-назад;

5-6 – назовні (відведення кисті);

7-8 – всередину (приведення кисті).

Повторити 5-6 разів кожною рукою. Методичні вказівки ті самі.

7. Збирати та розбирати дитячу пірамідку спочатку правою, а потім лівою рукою; поперемінно обома руками.

8. Складати горіхи до коробки спочатку поперемінно, а потім одночасно обома руками.

Ігри на розвиток координації рухів

«Потяг». Гравці шикуються в колону і беруться правою рукою за шнур довжиною 8-10 м. Перший гравець – «тепловоз», усі інші – «вагони». За сигналом вчителя потяг починає рухатись то швидше, то повільніше. В 2-3 місцях знаходяться зупинки – «станції», біля яких черговий регулює рух червоним або зеленим прапорцем. Потяг рухається через міст (по гімнастичній лаві), тунелем (ворота зі стійок), зигзагом (поміж набивними м'ячами) тощо.

«Небесні світила». Діти діляться на дві команди. Вчитель пояснює, які фігури повинні утворити діти за певними сигналами. Та команда, яка швидше і чіткіше виконає завдання, отримує бал. Виграє та команда, яка набере більшу кількість балів. Між сигналами діти рухаються по всій залі. Можливі фігури:

«Сонце» – діти стають у коло обличчям усередину, беруть один одного за руки, утримуючи рівновагу на правій нозі, та завмирають;

«Місяць» – діти присідають у коло обличчям усередину, кладуть свої руки на плечі сусідам і завмирають;

«Зірка» – діти лягають на килим обличчям усередину, а руки з'єднують у центрі.

«Непосидюча гусінь». Діти діляться на дві команди. Гравці першої команди створюють різноманітні перешкоди: тримають обручі на різній висоті, встановлюють кеглі, кульки, м'ячі, кубики, натягують скакалки, мотузки, пересувають лави та стільці. Гравці другої команди стають один за одним і тримаються обома руками за плечі того, хто стоїть попереду. Так вони долають перешкоди, створені першою командою. Потім команди міняються місцями.

Виграє та команда, яка краще і швидше подолала перешкоди.

«**Море хвилюється**». 3-поміж гравців обирають Водяника. Всі інші діти вільно пересуваються майданчиком, виконують різноманітні повільні плавні рухи. Водяник промовляє: «Море хвилюється – раз! Море хвилюється – два! Море хвилюється – три! Морська фігуро - завмири!» Діти завмирають на місці, зображуючи різних живих і неживих істот, казкових персонажів. Водяник повинен вгадати, що зображують діти. Ті гравці, фігури яких розгадано правильно, вибувають із гри. Перемагає той, хто залишається у грі найдовше.

Ігри для розвитку спритності та рівноваги

«**Совонька**». У куточку майданчику (зали) креслять коло – «гніздо сови». «Совонька», яку призначає вчитель, стає у «гніздо». Решта учнів – «метелики», «жучки». За словами вчителя «День починається, всі прокидаються!» «метелики» та «жучки» починають «літати» по майданчику (бігають, присідають, наче збирають нектар із квітів). За словами вчителя «Ніч наступає, все засинає!» «метелики» та «жучки» завмирають у будь-якій довільній позі. «Совонька» тихо вилітає на полювання, повільно розмахує «крилами» (руками) та збирає тих «метеликів» і «жучків», які поворухнулися. «Совонька» ловить доти, поки вчитель не скаже: «День починається, всі прокидаються!», і гра триває.

«**Горобчики**». Усі учасники гри мають гімнастичні обручі («гнізда») і стоять у них на одній нозі. Вчитель говорить: «Горобчики полетіли!». Всі учасники бігають по майданчику, махаючи «крилами». В цей час вчитель забирає одне з «гнізд» і говорить: «Горобчики прилетіли!». Всі учасники займають будь-які гнізда і стоять на одній нозі. Хто не має «гнізда» або втрачає рівновагу, вибуває з гри.

Ігри для розвитку уваги

«**Групо, струнко**». Діти шикуються в одну шеренгу. Вчитель, стоячи обличчям до шеренги, подає команди. Діти повинні їх виконувати лише за умови, якщо перед командою прозвучить звернення «групо». Якщо цього слова не було, то реагувати на команду не потрібно. Той, хто припустився помилки, робить крок уперед і продовжує грати. До кінця гри найбільш неуважні гравці опиняються далі за всіх інших від вихідної лінії. Виграють ті діти, які були найбільш уважними і завдяки цьому залишились на вихідній позиції.

«**Заборонений рух**». Гравці разом із вчителем стають у коло. Вчитель виходить на крок уперед, щоб бути помітнішим. Він пропонує гравцям виконувати за ним усі рухи, крім забороненого. Наприклад, заборонено виконувати рух «руки на пояс». Учитель під музику починає виконувати різноманітні рухи, а діти повторюють їх. Зненацька вчитель виконує заборонений рух. Гравці, які повторили цей рух за ним, вибувають із гри. Переможе той, хто залишиться останнім у грі.

«**Три оплески**». Діти рухаються по колу. Коли ведучий плесне у долоні 1, 2 або 3 рази, діти набирають відповідну, задалегідь обумовлену позу. Можливі пози:

1– «балерина» – стійка на правій нозі, ліва піднята і зігнута в коліні, руки підняти вгору дугами назовні, голову тримати прямо;

2– «штангіст» – стійка ноги нарізно, руки в боки, зігнуті в ліктях, кисті стиснуті в кулак, максимально напружитись;

3– «м'яч» – присісти, згрупуватись, руками охопити ноги, голову опустити.

Інтенсивні ігри для розвитку швидкості, швидкісної витривалості, спритності

«День і ніч». На відстані 2-3 кроків у центрі майданчика накреслюють дві паралельні лінії. Із двох боків від них на відстані 15-20 м накреслюють лінії «будинків». Дітей ділять на 2 рівні команди, які стоять на лініях у центрі майданчика, повернувшись спинами одна до одної. Одна команда називається «День», друга – «Ніч». За сигналом вчителя «День!» команда «Ніч» тікає до свого «будиночку», а команда «День» наздоганяє їх.

Ловити дозволяється лише до лінії «будиночка». Спіймані гравці залишають гру, а команди знову стають на вихідні позиції. Перемагає та команда, яка спіймає більше гравців-суперників.

«Квочка і шуліка». Один із гравців зображує шуліку, інший – квочку, решта – курчат. «Квочка» стає посеред майданчика, «курчата» за нею, один за одним. Кожне «курча» тримає за талію попереднє. «Шуліка» бігає по майданчику і намагається схопити останнє «курча». «Квочка» захищає «курча», постійно рухаючись разом з усією колоною, широко розводить руки, весь час перешкоджаючи «шуліці». Якщо «шуліка» спіймає останнє «курча», то гра переривається. Обирають нових «шуліку», «квочку» і гра триває.

«Невід». Зал (майданчик) – море. Всі гравці – «риби». Два гравці – «рибалки» – збоку за лінією (на березі). «Риби» плавають у морі (бігають по майданчику). «Рибалки», взявшись за руки, сповіщають: «Рибалки виходять на риболовлю!» – і починають ловити «риб», оточуючи їх руками. Спіймана «рибка» стає між «рибалками», всі троє беруться за руки та продовжують ловити решту «риб». Таким чином, із кожною спійманою «рибкою» постійно збільшується кількість «рибалок». Гра закінчується тоді, коли всіх «риб» спіймають. Дві «риби», яких спіймають останніми, стають рибалками під час повторення гри.

«Кіт і миша». Учні утворюють коло. Один із гравців – «кіт», другий – «миша». «Миша» втікає від «кота». Учні, які стоять у колі, вільно пропускають «мишу» до кола (піднімають руки) і не пускають «кота» (опускають руки). Коли «кіт» спіймає «мишу», призначають іншу пару. Для того щоб «кіт» швидше спіймав «мишу», в колі роблять кілька воріт, через які «кіт» може вільно вбігати та вибігати з кола.

Мова

Дітям з обмеженими можливостями складно вивчити лічилку, вірш, грати пальчиками. Проблема може бути в тому, що дитина просто не здатна зосередитися на достатньо довгий проміжок часу. Деякі діти погано розуміють звернене мовлення, в них порушена вимова окремих звуків, не розвинена

пам'ять. Таким дітям потрібно більше часу, щоб у них виникла зацікавленість до віршів, приказок, ігор з пальчиками.

Обстеження мовлення дітей з ДЦП показало, що дефекти звуковимови в них обумовлені дизартрією різної форми та ступеня прояву. Внаслідок ураження центральної нервової системи виникає таке порушення як дизартрія. До дизартрії належать такі дефекти мовлення, коли порушується не тільки вимова звуків, а й інші фонетичні компоненти: темп, виразність, модуляція, сила голосу, дихання, із запізненням розвивається розуміння мови, словника, граматичної будови. Найбільш поширеною є псевдобульбарна дизартрія.

Для таких дітей характерні: амімічне обличчя, утруднені жувальні і ковтальні акти, салівація, порушення мовного дихання, глухий здавлений голос, порушення темпу, виразності мовлення. Дизартрія при ДЦП виникає при впливі тонічних рефлексів на мовленнєву артикуляцію. Це визначає специфіку роботи з такими дітьми. Навчання та заняття потрібно проводити в такому положенні дитини, щоб вплив тонічних рефлексів на мовленнєвий апарат був мінімальний.

Потрібне правильне положення голови, тулуба. При проведенні занять з дитиною дзеркало та місце логопеда знаходиться на рівні очей дитини. Вибравши правильне положення, після загального розслаблення приступають до масажу та артикуляційної гімнастики. Особливістю дизартрії при ДЦП також є недостатність кінестетичного сприймання. Дитині дуже важко виконувати великий обсяг завдань, вона слабо відчуває положення та рух своїх кінцівок та органів артикуляції.

Завданням логопедичної роботи при дизартрії з дітьми з ДЦП є розвиток відчуттів артикуляційних позицій та рухів. Для покращення артикуляційних рухів виконуються вправи через зусилля, вправи із відкритими очима і закритими. У практиці шкільних логопедів найчастіше зустрічається легка (стерта) форма дизартрії. При дизартрії в роботу логопеда входить: масаж, пасивна і активна артикуляційна гімнастика, вправи на розвиток дихання, голосу, вправи на розвиток слухової уваги та фонематичного слуху, робота над зв'язним мовленням.

У дітей з ДЦП наявні дисграфія й дислексія, що обумовлено порушенням зорового сприймання форми і просторових уявлень в поєднанні з дефектом стереогностичної функції. У таких дітей помітна бідність словника, що обумовлено недостатньою сформованістю просторових й часових уявлень, узагальнюючих понять, наявні фонетичні, фонемографічні, граматичні, семантичні помилки при відтворенні одержаної ними інформації на заняттях корекційної спрямованості.

До таких помилок відносяться змішування літер, що позначають приголосні звуки, які відрізняються один від одного наявністю або відсутністю вібрації голосових зв'язок (дзвінки та глухі), додаткового підняття спинки язика (м'які та тверді), за місцем утворення, за способом утворення, пропуск, заміна, додавання окремих літер та складів. Для більшості дітей характерна недостатня диференціація і низька актуалізація просторових зв'язків і відношень. Слід зазначити, що такі мовленнєві помилки мають стійкий характер і зберігаються впродовж тривалого періоду. Усе це вказує не тільки на недорозвинення

мовлення, а й на особливий рівень можливостей пізнання оточуючого, своєрідний спосіб мислення зі специфічним рівнем розвитку інтелектуальних операцій аналізу та синтезу. Тому на початок шкільного навчання у дітей з ДЦП залишається ще несформованою лінгвістична готовність до засвоєння програмового матеріалу з рідної мови.

Процес письма є особливою формою мовленнєвої діяльності, що відрізняється від усного мовлення як за своїм генезом та психофізіологічною побудовою, так і за своїми функціональними особливостями.

Формування навички письма починається з аналізу звукового складу слова. Тому однією із головних умов для оволодіння дитиною письмом є достатньо збережений фонематичний слух. Важливу роль для оволодіння цим процесом відіграє правильна артикуляція, яка бере участь у процесі навчання письма дітей перших років навчання. Метою корекційної роботи логопеда з подолання помилок на заміни та змішування букв, що позначають звуки, близькі за акустико-артикуляційними ознаками, є формування у дітей звукової артикуляції фонем, розвиток слухової уваги та пам'яті, фонематичного аналізу і синтезу.

Другий складний етап письма пов'язаний з перекодуванням елементів - фонем в оптичні елементи - графеми. Кожна графема має свою зорово-просторову будову, для реалізації якої потрібний складний просторовий аналіз та сформовані рухові навички кисті руки. Для засвоєння в дитини оптичного та зорово-просторового образу букви, диференціації оптично схожих букв слід підбирати спеціальні завдання з розвитку зорового сприймання, зорового аналізу та синтезу, просторових уявлень. Такі завдання спрямовані на розвиток орієнтування у власному тілі (права і ліва частини), визначення напрямку у просторі, орієнтування в оточуючому середовищі.

Отже процес оволодіння навичкою письма складається з декількох етапів та є складним для оволодіння і тривалим для дітей, які мають органічні ураження центральної нервової системи, тобто для дітей з ДЦП.

Труднощі при оволодінні письмом у дітей з церебральним паралічем пов'язані, перш за все, з несформованістю або порушенням хапальної функції кисті. Сам акт письма, який вимагає плавних рухів кисті, порушений за рахунок слабкості м'язів, розладів м'язового тону в кисті, насильницьких рухів, відсутності можливості послідовного скорочення і розслаблення м'язів кисті. Такі учні при письмі звичайно тримають ручку неправильно, часто в кулаці, письмо виконується за рахунок рухів кисті, а іноді і всієї руки. Пальці при цьому різко напружені, нерухомі і щільно стискають ручку. Це призводить до того, що діти пишуть дуже повільно, нерозбірливо, букви ніби стрибають по рядку, різні за величиною, рядків не дотримуються. Особливо ускладнене з'єднання окремих елементів букв в ціле, різко порушена плавність письма. Можна виділити два основні типи неправильного письма. У одному випадку учень починає писати як би з достатньою силою і нормальними по величині буквами, потім їх розмір змінюється, рядки сходять вниз, розбірливість письма помітно зменшується. У іншому - навпаки, учень починає писати дрібними буквами майже без натиску, потім розміри букв і сила натиску збільшуються.

У письмовому мовленні виявляється змішування, заміни і пропуски звуків, спотворюваних при вимові. Ці труднощі при письмі дуже часто не відповідають стану усної мови. Зустрічаються діти, у яких грубі порушення звуковимовної сторони мови ніяк не відображаються на письмі. І, навпаки, в деяких випадках навіть незначне порушення звуковимови може викликати труднощі на письмі.

Своєрідність формування лексико-граматичної сторони мови нерідко знаходить віддзеркалення на письмі. Найчастіше це виявляється в помилках, які пов'язані з порушенням морфологічної структури слова. Таким дітям властиве неправильне вживання префіксів, суфіксів для творення споріднених слів. У письмових роботах учні нерідко вживають слова, словосполучення, які їм недостатньо зрозумілі. У зв'язку з недостатністю розуміння значення слів у учнів зустрічаються пропуски, перестановки, повторення слів. Найчастіше вчителю доводиться стикатися із збідненою і деякою шаблонністю письмової мови таких учнів. Якщо вчитель бачить, що учень пропускає слова, помиляється в узгодженні слів, в злитому написанні слів, то його треба обов'язково показати логопеду, який зможе визначити причину цих порушень і дати педагогу конкретні рекомендації.

Особливості навчальної діяльності учнів з церебральним паралічем можуть викликатися недостатньою сформованістю контрольних дій, унаслідок чого учні часто не «бачать» своїх помилок, не уміють перевіряти свої роботи.

У деяких дітей особливості навчальної діяльності можуть бути обумовлені несформованістю **зорово-моторної координації**, тобто неузгодженою роботою руки і ока. Наприклад, дитина стежить очима за рухом рук і контролює їх поглядом при застібанні гудзиків, зашнуровуванні черевиків, конструюванні, малюванні, письмі. Зорово-моторна координація особливо важлива на початковому етапі навчання читання, коли дитина стежить оком за пальцем, яким визначає послідовність букв, складів, слів. Учні з церебральним паралічем не утримують робочий рядок в зошиті або при читанні, оскільки зісковзують з одного рядка на інший, унаслідок чого не можуть зрозуміти значення прочитаного і перевірити написане.

Несформованість **зорово-моторної координації** може виявлятися не тільки при читанні і письмі, але і при оволодінні навичками самообслуговування та іншими трудовими і навчальними уміннями. Так, наприклад, на уроках праці таким учням дуже важко правильно розташувати і розмітити матеріал, прикріпити викрійку.

Навчальна діяльність передбачає достатній рівень сформованості мовленнєвого розвитку як основи для оволодіння писемним мовленням. Процес підготовки дітей з ДЦП до оволодіння навичками письма є важливим актуальним напрямком у навчально-корекційній роботі, оскільки готовність до навчання письму є основою для подальшого засвоєння дитиною рідної мови, соціальної адаптації та інтеграції його в соціальне середовище.

Ще одна із складних та значущих форм психічної діяльності людини є читання. Будь-яка інформація, яку людина отримує ззовні, поступає до нас у закодованому вигляді. Саме за допомогою інтелектуальної діяльності ми в змозі

зрозуміти отриману інформацію. Як відомо, читання – це складний психофізіологічний процес, що відбувається за допомогою аналітико-синтетичної діяльності. Становлення навички читання в учнів молодших класів відбувається в межах традиційного аналітико-синтетичного методу і полягає у поступовому переході від поскладового читання до читання цілими словами та словосполученнями.

В Україні загальноприйнятим методом навчання дітей читання є аналітико-синтетичний звуко-буквений метод. Але у багатьох дітей із ДЦП виникають труднощі в опануванні читання. В основі цих труднощів лежить недорозвиток різних рівнів сукцесивних структур, які забезпечують здійснення послідовного та кількісного аналізу слова. З такими дітьми можна впроваджувати нетрадиційний глобальний та напівглобальний методи навчання читання (Д.Доман, А.Лурія, В.Тарасун). Основне завдання глобального методу навчання читання зводиться до забезпечення розповідного, вільного мовлення, природного звучання тону, без типового розтягування та монотонного нанизування слів.

За методикою В.Тарасун такий процес навчання читання складається з 3 етапів:

1. **Симультанний:** формування максимально дифузного цілісного образу слова, в якому не виділені елементи, з яких воно складається.

2. **Сукцесивний:** виділення елементів слова (склад, буква), що розпізнається і вивчається.

3. **Симультанний:** передбачає формування цілісного образу букви.

Для цього методу використовуються картки зі словами великим шрифтом. Для читання добираються слова, у вимові яких у дитини не виникає труднощів. Слова, записані на картках, включають назви предметів, що належать власне дитині (меблі, продукти харчування, іграшки тощо). Словник добирається таким чином, щоб діти навчилися не тільки добре читати ці слова, а й комбінувати з них різноманітні словосполучення.

Діти з ДЦП стали однією з перших категорій дітей зі спеціальними потребами, які були задіяні в інклюзивну модель освіти. У зв'язку з великою кількістю мовленнєвих порушень у таких дітей, постала проблема створення та залучення у навчально-корекційний процес нових методів навчання.

У дітей з обмеженими можливостями здоров'я негативні сторони життя перевищують позитивні. Тому обов'язковою педагогічною умовою формування життєвої компетентності є індивідуально-особистісний підхід до організації корекційно-відновлюваного процесу. Неможливо впливати на психіку дитини, проводити коригуючі заняття без глибокого знання процесів, що впливають на її поведінку. Послідовне та періодичне спостереження, спеціалізовані заняття та ігри допомагають вивчити емоційно-вольовий та інтелектуальний потенціал дитини.

Дитина із ДЦП дуже важко вживається в суспільне життя. Але якщо поряд з нею кваліфіковані педагоги, цей шлях до дорослого життя дитина пройде швидше та з більшими придбаннями.

Корекційна робота, що здійснюється з дітьми шкільного віку, полягає в послідовному розвитку пізнавальної діяльності та корекції її порушень, вихованні стійких форм поведінки та діяльності.

Рухові порушення

Особливості рухових порушень у учнів з церебральним паралічем виявляються на уроках фізичної культури. Виконання вправ на уроках фізичної культури утруднене за рахунок того, що учні не можуть відтворити правильно початкові положення, зберегти стійкість в статичній позі, виконати вправи з потрібною амплітудою, здійснити рухи злито і в потрібному темпі, узгоджувати рух рук, тулуба і ніг.

Зупинимося на деяких рекомендаціях, якими може скористатися вчитель для подолання труднощів, викликаних руховими порушеннями.

Перш за все вчитель повинен посадити учня з церебральним паралічем на той ряд і за ту парту, які дозволяють учню вільно стояти або виходити; простір на столі або парті повинен бути достатнім для вільної маніпуляції навчальним приладдям, підручниками тощо.

Несформованість рухової навички письма в учня викликає необхідність раціонального дозування виконання письмових і контрольних робіт. Намагаючись виявити знання або ступінь засвоєння програмного матеріалу вчитель індивідуально повинен підбирати об'єм і способи виконання завдань у кожному конкретному випадку.

Враховуючи рухові особливості учнів з церебральним паралічем, їх швидко втомлюваність, необхідно варіювати форми виконання письмових завдань. Так, наприклад, одним учням пропонується вставити в слова (або числа), написані на картці, пропущену букву (або цифру), іншим надається можливість писати не в зошиті, а в розлінованому альбомі, також можна запропонувати дитині писати крейдою на загальній або індивідуальній дошці. У найважчих випадках дитина може викладати слова на спеціальних магнітних дошках. За наявності комп'ютера в окремих випадках можливе виконання дитиною завдання на комп'ютері.

Особливості оцінювання дітей з ДЦП

При проведенні письмових робіт і при оцінюванні знань учня вчитель повинен продумувати умови подання навчального матеріалу, об'єм і спосіб його виконання.

За наявності просторових порушень і несформованості зорово-моторної координації вчитель повинен спеціально вказати (чорнилом або олівцем) рядок і місце, з яких потрібно починати писати або малювати, позначити необхідну відстань між рядками або частинами завдання. Особлива увага вчителя потрібна при написанні цифр стовпчиком, оскільки неправильне написання може привести до помилкового результату. Можна рекомендувати розфарбувати клітки олівцями різного кольору (наприклад, для сотень – зеленим, для десятків – червоним, для одиниць – голубим). Також доцільно використовувати

індивідуальні картки з прорізами для вставки цифр, що стоять на місці одиниць, десятків, сотень.

Отже, вчитель може скористатися такими прийомами, як виділення (маркування початку рядка, заголовної букви, початкової фрази тексту, обмеження потрібного слова, тексту, числа спеціальними прорізами тощо).

На уроках малювання просторові труднощі можуть також бути достатньо вираженими, тому вчителю необхідно заздалегідь обумовлювати розташування предмета на папері, називати його основні частини, а також послідовність їх зображення.

При оцінюванні усної відповіді і читання вчитель обов'язково повинен враховувати мовні особливості і у жодному випадку не знижувати оцінки (особливо на початкових етапах навчання) за недостатню інтонаційну виразність, сповільнений темп і відсутність плавності.

Для адекватнішої оцінки вчитель повинен дотримуватися індивідуального, диференційованого підходу при перевірці знань з читання. Вчитель перевіряє навички швидкого, усвідомленого читання в різних ситуаціях: читання підготовленого тексту, сидячи і стоячи за партою, за столом вчителя, перед всім класом або перед частиною класу. При оцінюванні результатів письмових робіт не слід знижувати оцінку за неправильне написання рядків; випадання елементів букв або їх незавершеність, зайві доповнення букв, неоднаковий їх нахил тощо; порушення розмірів букв і співвідношення їх по висоті і ширині, змішування подібних за зображенням букв; уривчастість письма, повторення окремих його елементів за рахунок насильницьких рухів.

При оцінюванні знань складним є облік помилок, пов'язаних з фонетико-фонемним і загальним недорозвитком мови. Якщо діти на письмі змішують ті звуки, які вони неправильно вимовляють, то на першому році навчання вчитель їх відносить до негрубих специфічних помилок. Проте змішування дзвінких-глухих в слові дуб-дуп є грубою орфографічною помилкою. Всі помилки, що пояснюються незнанням орфографічних правил, відносяться до грубих.

Практика показує, що вчителю важко визначити, які помилки є специфічними для даної групи учнів, а які пов'язані з незасвоєнням орфографічних правил. У таких випадках вчитель після виконання контрольного диктанту спільно з логопедом розбирає характер помилок і накреслює шляхи їх подолання.

Оцінювання знань учнів з різних предметів необхідно проводити, враховуючи повноту і глибину знань, їх оперативність і гнучкість, ступінь узагальненості і систематичності знань.

Одним з аспектів перевірки знань учнів є виявлення у них умінь раціональної навчальної праці. Це особливо важливо для дітей з церебральним паралічем, оскільки дозволяє сформувати вміння цілеспрямовано планувати, організовувати, контролювати і коректувати свою навчальну діяльність, а також вчить самостійно здобувати знання.

При вивченні кожної теми вчитель повинен чітко уявляти, які основні вміння повинні бути сформовані на даному уроці. Одне із завдань навчання – формування в учнів умінь стисло представити основний зміст теми. Наприклад:

скласти план прочитаного, відповісти на питання, зробити малюнок, короткий запис тощо. Оволодіння цими вміннями сприяє корекції порушених функцій, формуванню внутрішньої мови. Крім того, за тим, як учень справляється із задачею побудови плану, можна судити про рівень його знань.

Діти з церебральним паралічем повинні уміти працювати зі схемами, малюнками, картинами і іншим наочним матеріалом. Це вміння використовується в різних формах та видах навчальної діяльності. Воно допомагає вчителю проводити опитування учнів і виявляти рівень засвоєння знань. При цьому вчителю слід визначити, чи може учень розповісти про те, що зображене на малюнку або схемі; порівняти різні об'єкти на малюнку, зробити відповідні висновки; використовуючи малюнок і підписи до нього, відповісти на поставлене питання; позначити на малюнку окремі об'єкти або частини тощо.

Освітні аспекти

Раннє діагностування дає змогу вчасно надати дітям із церебральним паралічем необхідну допомогу і запобігти багатьом проблемам. У перші роки життя такі діти отримують потрібні їм послуги безпосередньо в сім'ї - з ними працюють педагоги, логопеди, фахівці з лікувальної фізкультури і трудотерапії, соціальні працівники, психологи та інші спеціалісти. Вони надають необхідну інформацію батькам, підтримують їх і навчають ефективно працювати зі своїми дітьми.

Діти з церебральним паралічем потребують:

- допомоги логопеда;
- сеансів лікувальної фізкультури;
- занять із трудотерапії;
- медичної допомоги;
- допомоги служб підтримки сім'ї;
- занять із фахівцями з навчання і виховання маленьких дітей;
- допоміжних засобів.

Коли діти дорослішають і починають ходити до школи, інтенсивність додаткових видів послуг має змінюватися залежно від індивідуальних потреб учнів. Вони можуть отримувати медичну допомогу і технічну підтримку, здобувати звичайну або спеціальну освіту, користуватися можливостями для праці і відпочинку, які надає суспільство тощо. У деяких випадках за такими особами закріплюється спеціальний обслуговуючий персонал. Люди з церебральним паралічем звичайно здатні до незалежного життя, хоча в деяких випадках вони можуть потребувати сторонньої допомоги.

Підтримка сім'ї є одним із ключових чинників, який значною мірою визначає добробут дитини. При правильному навчанні і вихованні в дитинстві багато осіб із церебральним паралічем, незважаючи на тяжкі вади, живуть активним, незалежним життям, навчаються в коледжах, університетах, працюють тощо.

Для дітей з наслідками поліомієліту та дитячими церебральними паралічами функціонують спеціальні загальноосвітні навчальні заклади.

Навчання дітей, які потребують соціальної допомоги та реабілітації в домашніх умовах, здійснюється за індивідуальним планом, що складає вчитель, враховуючи психофізичні особливості та пізнавальні можливості учнів. Для цього попередньо проводиться вивчення стану рухових функцій дитини, мовлення, інтелектуального розвитку тощо. У процесі обстежень звертається увага на працездатність, активність, цілеспрямованість, особливості уваги, пам'яті. На основі цих та інших даних у вчитель отримує уявлення про інтелектуальний розвиток учня з церебральним паралічем. У всіх випадках визначаються найбільш дефектні і найбільш збережені функціональні системи.

З опорою на збережені функціональні системи вчитель проектує освітній процес, який має корекційну спрямованість.

Важливою умовою успішності індивідуального навчання є визначення освітніх і корекційно-розвиткових підходів, добір відповідних методик, засобів навчання.

Кожний урок, який проводять учителі індивідуального навчання, має і навчально-виховний, і корекційно-розвитковий характер. Структура уроку відрізняється від занять в загальноосвітній школі.

Урок для дітей із ДЦП складається з таких етапів:

- психологічної підготовки (1-2 хв);
- логопедичної розминки (2 хв);
- основного етапу (20-25 хв);
- фізкультхвилинки (5 хв);
- заключного етапу (5-6 хв).

Урок починається з психологічної підготовки учнів до роботи. З цією метою використовуються найрізноманітніші заходи: розгляд цікавого малюнка, яскравих сторінок підручника, нових іграшок тощо. Застосовуються також такі корекційно наповнені, ефективні методи і форми підготовки дітей до навчальної праці, як аутотренінг, бесіда-діалог з батьками та дитиною про її самопочуття, предметно-практична діяльність, логопедична розминка в ігровій та віршованій формах, використання коротеньких пісеньок, лічилок, віршиків, зрештою - поцілунку мами як спонукування дитини до успішної роботи.

Учитель:

- на початку уроку проводить логопедичні розминки, вправи для розвитку дрібної моторики;

- в середині уроку – вправи для зняття втоми очей, корекцію уражених психічних процесів, пам'яті, мислення, уваги; вправи на розвиток м'язового відчуття, сенсорики, корекцію слуху;

- після 15-20 хвилин уроку проводиться фізкультхвилинка тривалістю 5 хвилин. Для правильного проведення фізкультхвилинки вчитель індивідуального навчання радиться з учителем фізкультури, інструктором ЛФК.

Згадані прийоми нетрадиційні, вони близькі і звичні дітям, доступні і приємні для них, тому створюють бадьорий робочий настрій, допомагають долати труднощі, стимулюють працездатність й інтерес до навчання і головний фактор успішного розвитку – бажання вчитися. Слід використовувати різні форми організації індивідуального навчання: уроки за предметами, спеціальні форми організації навчання, інтегровані уроки.

Зокрема проводиться робота з пам'ятками: «Вчись правильно, виразно читати», «Вчись складати план прочитаного», «Вчись працювати із заголовком твору», проводяться уроки-змагання, використовується самостійна робота з підручником.

Практики виділяють п'ять основних груп засобів, які найширше використовуються вчителями індивідуального навчання:

- фізхвилинка, рухливі ігри;
- різноманітне унаочнення (роздаткові картки, малюнки, картини, ілюстрації, калькулятор тощо);
- дидактичні ігри (з дитячим конструктором, мозаїкою, розрізними малюнками тощо);
- дозування матеріалу на змістовно завершені порції, новизна змісту;
- практичні вправи на розвиток мислення, пам'яті, уваги, мовлення.

Важливим є питання присутності батьків на заняттях!

Досвід засвідчує, що присутність батьків зазвичай викликає у дітей неадекватну поведінку і це негативно впливає на проведення занять. Доцільніше зрідка запрошувати батьків на заняття, щоб поділитися певними успіхами чи проблемами дітей, продемонструвати їм окремі прийоми роботи.

Під час проведення занять, особливо в початкових класах, у спеціальній педагогіці прийнято використовувати найрізноманітніші засоби підтримки уваги і працездатності учнів з ДЦП, що зумовлено нестійкістю їхньої уваги, швидкою стомлюваністю.

Основний дефект при церебральному паралічі - рухові порушення, які значною мірою визначають специфіку навчальної діяльності цих дітей. Це виявляється не тільки на сформованості рухових навичок і умінь, а й у недостатності більш складних моторних функцій, необхідних для навчальної діяльності, в основі яких – рух (зорово-моторна координація, просторовий аналіз і синтез, праксис).

Труднощі навчальної діяльності дітей ДЦП обумовлені також порушеннями мовлення. Вчитель, який працює з дитиною ДЦП повинен консультуватися з логопедом щодо проведення артикуляційної гімнастики.

Аналізуючи проблеми фізичного стану дитини з ДЦП, слід вказати на повільне, нечітке, а іноді незрозуміле мовлення, порушення зору, слуху, гіперкінези, порушення дрібної моторики, що в багатьох випадках ускладнює процес навчання .

Тому вся корекційна робота спрямована на подолання цих недоліків.

Отже, особливості розвитку дітей з ДЦП потребує вкваліфікованої корекції та психолого-педагогічного супроводу як у школі чи дошкільному закладі, так і в умовах домашнього виховання в цілому з урахуванням персоніфікованих потреб і можливостей дитини.

Діти з ДЦП потребують корекції рухової активності, пізнавальної та емоційної сфер, мови, уваги.

В роботу з дітьми з ДЦП варто включати механізми, які сприятимуть соціалізації та адаптації дітей.

Робота має проводитись комплексно та системно.

РОЗДІЛ ІІІ.

Корекційно-розвивальна програма з розвитку пізнавальної та емоційної сфери дітей 6-8 років з порушеннями опорно-рухового апарату (з елементами психотерапії)

В останні роки намітилося зростання числа дітей, що мають особливі потреби у навчанні. Пошук найбільш ефективних методів корекції дітей з відхиленнями у психічному та фізичному розвитку є актуальною проблемою сучасної спеціальної педагогіки (корекційної) та психології. Ці школярі відчують великі труднощі в оволодінні письмом, читанням, поняттям числа, рахунковими операціями, конструктивною діяльністю та ін. Неуспішність у школі часто викликає у цієї групи дітей негативне ставлення до навчання, до будь-якої діяльності, створює труднощі спілкування з оточуючими, з устигаючими дітьми, з учителями.

В умовах масової загальноосвітньої школи діти з **порушеннями опорно-рухового апарату** потрапляють до категорії стабільно невстигаючих, що ще більше травмує їх психіку та викликає негативне ставлення до навчання. Це призводить до конфліктів між школою та сім'єю. Тому для навчання та виховання таких дітей специфічною є корекційна спрямованість.

Мета корекційно-розвивальної роботи за даною програмою

Програма орієнтована на цілісну корекцію особистості та розвиток пізнавальної і емоційної сфери дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

Завдання програми:

- соціалізація дітей** з порушеннями опорно-рухового апарату;
- компенсація ушкоджених особливостей наявними здоровими;**
- розвиток нових та соціалізація нових якостей** дітей з порушеннями опорно-рухового апарату;
- створення умов для реалізації потенціалу та розвитку дитини;**
- створення зони найближчого розвитку для подолання недоліків інтелектуального та емоційного розвитку;**
- оптимізація їх психічного стану та соціального функціонування;
- створення емоційно сприятливого психологічного клімату.

Шляхи реалізації завдань:

- розвиток здатності довільно керувати своєю поведінкою та пізнавальними процесами (сприймання, увага, пам'ять). Формування функції планування й контролю своєї діяльності;
- формування цілеспрямованого довільного спостереження за об'єктом, явищем, яке підкоряється певному завданню;
- розвиток абстрактного та логічного мислення, розумових операцій;
- розвиток смислової, логічної пам'яті, спеціальне навчання прийомів запам'ятовування;
- розвиток уваги, сприймання, уяви та творчого мислення;
- розвиток мови дітей;

- розвиток тонких рухів рук та зорово-рухової координації;
- формування пізнавальної мотивації навчальної діяльності;
- активізація сил самої дитини, налаштувати її на подолання життєвих труднощів;
- вселяння впевненості у собі, віру у свої сили і здібності;
- навчання дитини розуміти власний емоційний стан, виражати свої почуття і розпізнавати почуття інших людей через міміку, жести, інтонацію;
- розвиток дисциплінованості, організованості, вольової регуляції, уміння діяти за зразком;
- формування навичок активної саморегуляції;
- стимулювання учнів до співробітництва з дорослими, однолітками та прищеплення навичок соціальної поведінки.

Очікувані результати

Рішення цих завдань є важливою передумовою підвищення якості життя дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями опорно-рухового апарату, стабілізації їх психічного стану.

Структура програми

Програма складається з двох розділів та розрахована на учнів 6-8 років з діагнозом ДЦП. Методологічною основою даної програми є використання різних методів психотерапії та психокорекції. Як правило, застосовуються різні групи завдань, вправ, ігор, елементи сугестивної, тілесної, зображувальної, пісочної терапії, кольоротерапії, музикотерапії та використання танцю, психогімнастики. Використання зазначених форм роботи дозволяє здійснювати ефективний вплив на формування емоційної сфери, розвитку пізнавальних процесів та спонукає до подальшого розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем, покращує соціальну адаптацію дитини з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей.

Кількість занять 19, з розрахунку 1 заняття на тиждень.

Тривалість одного заняття 35-40 хв.

Зміст програми

Розділ I. Розвиток уваги та саморегуляції пізнавальної діяльності (1-9 заняття)

Перший розділ програми присвячений розвитку уваги та саморегуляції пізнавальної діяльності. Завдання у вигляді ігор та вправ спрямовані на розширення обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Вони також сприяють підвищенню темпу психічної діяльності, розвитку довільності уваги й самоконтролю. З метою урізноманітнення корекційних форм впливу використовуються вправи на розвиток уваги під час рухливих ігор та у вигляді розваг. В заняття включені психотехнічні ігри (гра «Муха»), спрямовані на тренування стійкості уваги, розвитку самоконтролю й уміння виконувати дії у внутрішньому, розумовому плані.

Розділ II. Розвиток сприймання (10-19 заняття)

Другий розділ програми спрямований на розвиток та корекцію сприймання. Враховуючи те, що завдання для вдосконалення сприймання здійснюють корекційний вплив на всю пізнавальну сферу дитини, кількість занять цього розділу найбільша. Корекція сприймання спрямована на створення умов для формування адекватного сприйняття форми предмета, його величини, кольору, здатності до зорової оцінки пропорцій, сприйняття музичного ритму.

Для найкращих результатів розвитку сприймання учнів використовуються сенсорні еталони та організоване їх засвоєння шляхом відпрацювання перцептивних дій.

СКЛАДОВІ

Розвиток дрібної моторики рук і зорово-рухової координації

Для загального психічного розвитку ефективні вправи, спрямовані на корекцію дрібної моторики рук. Та особливо корисна гімнастика для пальців дітям з порушеннями опорно-рухового апарату, тому що їм часто притаманна недостатня диференційованість рухів і вони не можуть робити дрібні координовані рухи пальцями. Тому на початку кожного заняття проводяться вправи «пальчикової гімнастики». Вони сприяють розвитку координації руки, регулювання руху за силою, розмахом, швидкістю й точністю, зміцнюють дрібні м'язи кистей рук, роблять дрібні рухи більш упевненими і точними. Поряд із корекційними завданнями вони допомагають установити контакт, емоційну гармонію з дитиною.

Психотерапевтична робота

Спираючись на те, що для сучасної психокорекції характерне взаємне проникнення й доповнення різних психологічних підходів і методів, у програмі використовуються елементи сугестивної, тілесної, зображувальної, музичної терапії та психогімнастики. Формами сугестивного впливу є навіюваність та входження в певний образ. У програмі сугестивний вплив мають не тільки слова дорослого, а й манера його поведінки, обстановка, у якій проходять заняття та психологічна атмосфера. Роль сугестивного впливу у дитячому віці дуже велика, тому використовуються вправи на пряме навіювання, спрямовані на створення певного психоемоційного стану та психоемоційне розслаблення. Вправи на входження в певний образ сприяють виникненню певного стану свідомості, які тим самим можуть викликати певні психологічні зміни.

Використання методів зображувальної терапії є доповненням до інших видів корекції. Використані вправи допомагають зміцнювати взаємини між психологом та дітьми, отримувати зворотній зв'язок, розвивати почуття причетності, співпереживання та прискорювати створення позитивного емоційного тла.

Враховуючи сприятливий вплив музики на психіку дітей, програма містить елементи музикотерапії. Вправи під музичний супровід розвивають у дітей увагу, пам'ять, внутрішню зібраність, самоконтроль. Використання музики в поєднанні з малюванням допомагає знімати психоемоційне напруження, звільняє від скутості, заспокоює та стимулює фантазію.

Програма містить ігри з піском як процес розвитку самосвідомості дитини та її спонтанної «самотерапії».

Театральні ігри у вигляді розігрування ситуацій, використання масок «Мій настрій» вчать дітей ділитись теплом своєї душі та співпереживати.

Враховуючи дію кольору на нервову систему дитини, та те, що дітям подобається колір, підібрані вправи з вивчення семи кольорів райдуги. Такі вправи сприяють колірному відкриттю у дітей, допомагають заспокоїтись під час тривоги, очистити свідомість від непотрібних думок.

З корекційною та профілактичною метою у програмі використовуються методи телісної терапії: дихальні вправи, рухові вправи, техніки релаксації. Вони допомагають зняти нервово-психічне напруження, скутість, стабілізувати емоційний стан, заспокоїтись

Тому, з метою позбавлення небажаних емоцій, вивільнення внутрішніх переживань, виплеснення агресії, творчого розкриттття зміцнення психологічного здоров'я, в кожне заняття включена вправа психотерапевтичного спрямування.

Особливості організації і проведення корекційно-розвивально роботи

Завдання і вправи у кожному розділі розміщені відповідно за ступенем зростання їхньої складності, у зв'язку з цим необхідно дотримуватися послідовності при виконанні вправ та їх проведенні.

Враховуючи особливості розвитку та навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, бажано заняття проводити в спеціально облаштованому приміщенні (насиченість кольорів, відгородженість від шуму, місце для релаксаційної, рухової, образотворчої роботи; наявність необхідних різноманітних матеріалів, у тому числі і столу-пісочниці; має бути місце відведене для зберігання робіт учнів; для створення великої роботи на декількох заняттях необхідно буде звільнити простір на підлозі та одній стіні). Все це у поєднанні із атмосферою довіри, безпеки, захищеності дає можливість створити так званий «психотерапевтичний простір» - особливе середовища для взаємодії психолога з учнями та їх батьками.

На корекційних заняттях з дітьми варто використовувати безпечний і цікавий інвентар. Не гратися довше 5 хвилин, не використовувати довгих пояснень, краще показати – це швидше і зрозуміліше. Створювати ситуацію відчуття спроможності, адже мінімальними зусиллями можна досягти максимального ефекту.

Заняття можуть проводитись індивідуально з однією дитиною та групою дітей (2-3 особи), щоб мати можливість охопити увагою і підтримкою всіх дітей.

У разі виникнення необхідності та згідно з ситуацією, можна продовжити час заняття або вкоротити його.

Завдання програми можна модифікувати відповідно до індивідуальних можливостей дитини з порушеннями опорно-рухового апарату

Правила для проведення занять

На занятті необхідно дотримуватися певних правил взаємодії з дітьми:

-розвивальна робота будується на основі особистісно орієнтованого підходу відповідно до «зони найближчого розвитку дитини» та можливої модифікації завдань;

-у відносинах з дітьми важливо створити атмосферу доброзичливості і дружелюбності;

-неприпустиме осудження за неуспіх;

-слід приділяти увагу розвитку в дітей здатності до самостійно адекватної оцінки своєї діяльності;

-не дозволяти брати інвентар без дозволу, важливо пильнувати за порядком, аби діти прибирали і правильно складали інвентар, що водночас привчає їх до організованості та самостійності;

-радіти кожному успіху дитини;

-розповідати про дитині про її досягнення іншим;

-не створювати ситуації змагань.

Таким чином на занятті створюється атмосфера довіри і співробітництва, що є основою для досягнення позитивного результату в корекційно-розвивальній діяльності.

Для дітей емоційна сторона організації корекційно-розвивального процесу є важливою умовою. Тому дорослий своєю поведінкою, емоційним настроєм повинен викликати у дитини позитивне відношення до занять.

Структура занять

1. **Привітання.** Налаштування на роботу. (1-5 хв)
2. **Розминка.** Пальчикова гімнастика. (5-8 хв)
3. **Розвиток психічних процесів.** (10-15 хв)
4. **Психотерапевтична робота.** (5-10 хв)
5. **Прощання та обговорення вражень від заняття.** (1-3 хв)

Навчально-тематичний план занять

№ заняття	Назва розділу. Тема заняття	Мета заняття	Кількість занять
1	Розділ І. «Розвиток уваги та саморегуляції пізнавальної діяльності». Розвиток уваги.	Розвиток зорово-моторної координації, розвиток довільної уваги та самоконтролю; корекція дрібної моторики рук, корекція обсягу уваги; формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Сприяння розвитку адаптивних можливостей та підвищенню темпу психічної діяльності.	1
2	Розвиток уваги.	Стимулювання інтенсивного мовленнєвого розвитку дитини та сприяння координації артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання; розвиток довільної уваги та самоконтролю; розвиток рухової сфери; корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги.	1

		Зміцнення впевненості в собі та створення позитивного психоемоційного настрою.	
3	Розвиток уваги.	Розвиток довільної уваги та самоконтролю; корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності. Активізація сил дітей, щодо зміни свого настрою.	1
4	Розвиток уваги.	Розвиток тактильно-рухових та просторових уявлень, зорової пам'яті. Розвиток довільної уваги та самоконтролю. Корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Налаштування на певний психоемоційний стан. Вчити методам самокорекції. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності.	1
5	Розвиток уваги.	Розвиток тонких рухів пальців рук, тактильно-рухової, зорової пам'яті й просторових уявлень. Корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Розвиток довільної уваги та самоконтролю. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності.	1
6	Розвиток уваги.	Корекція дрібної моторики рук; корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Розвиток координації руки, довільної уваги та самоконтролю. Зміцнення дрібних м'язів кистей рук. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності.	1
7	Розвиток уваги.	Розвиток дрібної моторики руки, сприяння розвитку координації рук, регулювання руху за силою, розмахом, швидкістю й точністю. Корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Поліпшення настрою дітей та підвищення психоемоційного тону.	1
8.	Розвиток саморегуляції пізнавальної діяльності.	Формування умінь уважно слухати, розуміти й точно виконувати послідовні вказівки дорослого, самостійно діяти за його завданням, переборювати відволікаючий вплив побічних факторів. Створити атмосферу довіри та доброзичливості, радісного настрою. Тренування стійкості уваги, розвиток самоконтролю й умінь виконувати дії у внутрішньому, розумовому плані.	1
9.	Розвиток саморегуляції пізнавальної діяльності.	Сприяти розвитку координації руки, регулюванню руху за силою. Формувати умінь уважно слухати, розуміти й точно виконувати послідовні вказівки дорослого, самостійно діяти за його завданням, переборювати відволікаючий вплив побічних факторів. Формувати комунікативні навички. Вчити зосереджуватись. Створити атмосферу довіри та доброзичливості, радісного настрою.	1
10.	Розділ II. «Розвиток сприймання».	Розвивати тактильні відчуття, активну увагу. Зміцнювати дрібні м'язи кистей рук. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій,	1

	Розвиток сприймання.	сприйняття кольору. Розширювати обсяг сприймання. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Створити позитивний емоційний настрій у групі.	
11.	Розвиток сприймання.	Діагностика та розвиток тактильних відчуттів. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття кольорів. Розширювати обсяг сприймання. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Створити позитивний емоційний настрій у групі.	1
12.	Розвиток сприймання.	Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття кольору. Розвивати тактильні відчуття. Розширювати обсяг сприймання. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Створити позитивний емоційний настрій у групі. Вчити навичкам рефлексії.	1
13.	Розвиток сприймання.	Зміцнювати дрібні м'язи кистей рук; розвиток зорово-моторної координації; розвивати тактильні відчуття. Розширювати обсяг сприймання. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття музичного ритму. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Стабілізація психоемоційного стану, створення відчуття психологічного комфорту.	1
14.	Розвиток сприймання.	Розвиток зорово-моторної координації, тактильних відчуттів. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття музичного ритму. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Розширювати обсяг сприймання. Вчити пристосуванню до різних обставин. Сприяти навчанню групової взаємодії.	1
15.	Розвиток сприймання.	Встановлення контакту та емоційної гармонії з дітьми. Розвиток зорово-моторної координації, довільної уваги, сенсомоторної координації. Удосконалення сприймання величини, форми і просторових відносин між предметами. Корекція сприймання і спостережливості в учнів. Формування умінь орієнтуватися у своїх діях. Поліпшення настрою дітей та підвищення психоемоційного тону.	1
16.	Розвиток сприймання.	Розвиток зорово-моторної координації, довільної уваги, сенсомоторної координації, комунікативних навичок, пізнавальних процесів. Удосконалення сприймання величини, форми і просторових відносин між предметами. Корекція спостережливості в учнів. Формування умінь орієнтуватися у своїх діях. Сприяння позитивному емоційному настрою.	1

17.	Розвиток сприймання.	Розвиток сприймання величини предмета, мовлення, уваги, здатності до уваги. Вчити вироблення навичок саморегуляції, розуміти себе та інших. Формування умінь спілкування та роботи у колективі, корекція моторики та когнітивної сфери. Стабілізація емоційного стану.	1
18.	Розвиток сприймання.	Вчити дітей знімати м'язове напруження рук. Розвиток зорово-моторної координації, сприймання та сенсорних властивостей дитини. Формувати уміння орієнтуватися у своїх діях на зразок. Корекція пізнавальних процесів, мотиваційної сфери. Формування почуття згуртованості, вміння працювати у групі. Посилювати відчуття власної особистісної цінності. Створювати позитивне емоційне тло.	1
19.	Розвиток сприймання.	Розвиток зорово-моторної координації, уміння аналізувати предмет, диференціювати його складові частини за формою, величиною, просторовим розташуванням в умовах діяльності. Формування навичок групової взаємодії. Зняття емоційного та м'язового напруження. Зміцнення взаємин між психологом та дітьми.	1

Розділ І. «Розвиток уваги та саморегуляції пізнавальної діяльності»

Заняття 1

Тема. Розвиток уваги.

Мета: розвиток зорово-моторної координації, розвиток довільної уваги та самоконтролю; корекція дрібної моторики рук, корекція обсягу уваги; формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Сприяння розвитку адаптивних можливостей та підвищенню темпу психічної діяльності.

Обладнання: предметні малюнки до пальчикових вправ, макулатурні книги та ручки для кожної дитини, аркуші із завданнями до вправ, музика, картки із зображенням пухнастиків.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Гра «Жучок»

Одна дитина стає спиною до групи і виставляє за спину руку з відкритою долонею, до якої, вітаючись, торкається один з учнів або психолог; дитина, повернувшись обличчям до групи, за мімікою та поведінкою має вгадати, хто це та привітатись з ним з побажанням на день.

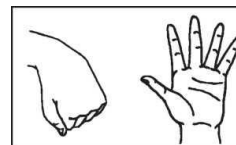
2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Розучування фігурок. Вірші до кожної пальчикової фігури промовляє психолог, діти їх не заучують, а лише повторюють за бажанням. Головне завдання правильно показувати фігури.

Вправа «Веселі малярі»

Синхронні плавні рухи кистей обох рук із положення висячих кулачків до піднятих угору долонь. Під час вправи постійно викладаються малюнки до кожної пальчикової фігури.

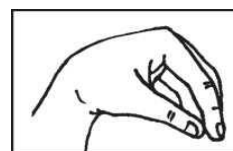
*Фарбували малярі
Стіни і внизу, й вгорі,
Фарбували стелю
Малярі веселі.*



Вправа «Курочка п'є воду»

Пальці складені у формі дзьоба; ритмічні нахили рук вниз-угору.

*Курочка прийшла сюди,
Щоб напитися води.
Пий водичку, пий свіженьку,
Наша курочко рябенька.*



Вправа «Човник гойдається»

Долоні обох рук, з'єднані у формі човника, плавно розхитуються праворуч-ліворуч.

Вправа «Зайчик»

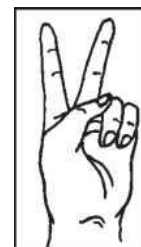
Рука спирається на лікоть; вказівний і середній пальці випрямляються й розводяться в сторони, усі інші пальці стиснуті в кулак.

*Ой, чиї ж то вушка сіренькі?
То сховався зайчик маленький.*

3. Розвиток психічних процесів.

Завдання «Перевір у сусіда».

Беруться старі, придатні лише для макулатури, книги з великим шрифтом. Дітям пропонується протягом 3 хв викреслити всі букви «А», які трапилися. Завдання перевіряють самі діти – сусід у сусіда. Неважливо, що діти не помітять якихось пропусків, головне, що протягом декількох хвилин перебувають у стані зосередженості. Тексти брати краще зі списаних читанок та букварів.



Вправа «Не такий як усі»

На аркуші паперу зображені 5 груп предметів, по 4 у кожному рядку. Дитині необхідно знайти зайвий предмет, той, який відрізняється від інших, та покласти на нього фішку.

Гра «Де чия будка?»

На аркуші паперу зображені 3 будки та 3 собаки. Необхідно вести по заплутаним лініям та провести собаку до своєї будки.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Гучна і тиха музика»

Заховано предмет і для того, щоб знайти, потрібно уважно слухати музику. Чим голосніша музика, тим ближче шукане.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Обери пухнастика»

-Подивіться уважно на пухнастиків. У них різний настрій. Оберіть картку з малюнком того пухнастика, у якого такий самий настрій, як у вас.

- Який настрій у твого пухнастика? Чому?

Заняття 2

Тема. Розвиток уваги.

Мета: стимулювання інтенсивного мовленнєвого розвитку дитини та сприяння координації артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання; розвиток довільної уваги та самоконтролю; розвиток рухової сфери; корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Зміцнювати впевненість в собі та створювати позитивний психоемоційний настрій.

Обладнання: предметні малюнки до пальчикових вправ, аркуші із завданнями до вправ, м'яч, картки з пухнастичками.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Вправа «Привіт, казковий герою»

Дорослий пропонує кожній дитині подумати, з яким казковим героєм вона себе співвідносить. Потім діти по черзі називають героя, всі інші разом вголос вітаються з ним. Вправа проводиться в колі тримаючись за руки.

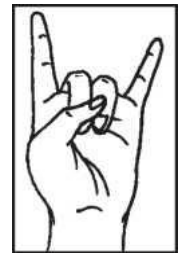
2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Повторення вправ попереднього заняття «Веселі малярки», «Курочка п'є воду», «Човник гойдається», «Зайчик». Вивчення нових фігурок. Під час вправи постійно викладаються малюнки до кожної пальчикової фігури.

Вправа «Коза»

Вказівний палець і мізинець випрямлені, великий палець на зігнутих безіменному та середньому.

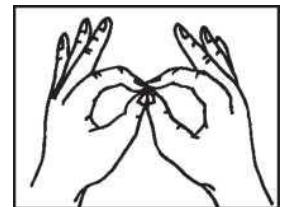
*Ось іде рогата кізка,
Не підходь до неї близько!
Трясе кізка бородою:
Не жартуй зі мною.*



Вправа «Окуляри»

Великі та вказівні пальці рук утворюють два кола, з'єднані між собою. Інші пальці випрямлені, розведені в сторони.

*Окуляри є в бабусі.
Можна в них я подивлюся?*



Вправа «Кроки»

Вказівний і середній пальці правої (лівої) руки «ходять», «бігають» по столу.

*Туп-туп-туп! Там і тут
До садочка діти йдуть.
Не біжать, не кричать,
Лиш ніжками тупотять.*



3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Художник»

На аркуші намальовані листочки та будиночки в довільному порядку по рядках. Дітям необхідно домалювати будиночкам віконечко, а листочкам – стебельце. Після виконання вправи проаналізувати відчуття під час роботи.

Гра «Плутанина»

Учням необхідно розглянути малюнки та назвати предмети, які вони там бачать. Називання предметів відбувається про черзі без повторень. Якщо учень не бачить нічого, говорить наступний.

Гра «Уявний м'яч»

Діти стають в коло. Психолог руками показує, який по величині він має м'яч, потім передає сусідові справа, який повинен акуратно взяти цей м'яч, намагаючись не змінювати його, та передати наступному гравцю. Гра завершується, коли цей «м'яч» по колу доходить до ведучого.

Гра «Живе - неживе» та «Їстівне - неїстівне»

Ведучий називає предмет і кидає м'яч. Якщо предмет живий, дитина повинна піймати м'яч, якщо неживий – м'яч потрібно відбити.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Чудовий день»

Психолог пропонує дітям створити собі позитивний настрій.

- Повторюйте за мною слова та уявляйте все, про що говорите: «Я гарно попрацював! У мене добре самопочуття! Я відчуваю радість, свіжість, бадьорість. Я сповнений сил і енергії! У мене все буде добре! Сьогодні ще один чудовий день!».

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Обери пухнастика»

Подивіться уважно на пухнастиків. У них різний настрій. Оберіть картку з малюнком того пухнастика, у якого такий самий настрій, як у вас.

- Який настрій у твого пухнастика?

Заняття 3

Тема. Розвиток уваги

Мета: розвиток довільної уваги та самоконтролю; корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності. Активізація сил дітей, щодо зміни свого настрою.

Обладнання: картки з предметними малюнками до пальчикових вправ, аркуші із завданнями, м'яч, м'яке покриття для підлоги чи зручні стільці.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Привітання «Ланцюжок»

Спочатку дітям пропонується утворити «ланцюжок»: дитина, називаючи ім'я сусіда, подає йому руку, той називає наступного і також подає йому руку, не розриваючи руки з попереднім учасником. Коли «ланцюжок» замикається (перший береться за руки з останнім) всі піднімають зчеплені руки вгору і хором кажуть: «Усім, усім, доброго дня!». Психолог бере участь у вітанні.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Гра «Зрозумій мене без слів»

Психолог демонструє дітям картинку з предметним малюнком, де зображена назва фігури яку вже вивчили. Діти у відповідь показують певну пальчикову фігуру. Вправа проводиться мовчки.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Будь уважним»

На аркуші зображені рядками в різному порядку зображення дівчаток. Дітям необхідно обвести дівчаток із зафарбованим волоссям. Кожен учень працює індивідуально, психолог контролює та аналізує по завершенню.

Вправа «Рукавички»

Розглянути малюнки та з'єднати однакові рукавички.

Вірш-гра «Так чи ні?»

Ведучий зачитує два рядки вірша, кидаючи м'яч дитині, яка відповідає на запитання, і віддає м'яч ведучому.

Скажіть, співає сом пісні?

Не гайтесь з відповіддю! (ні)

Чи вміє плавати гусак?

Ну, скажіть же мені! (так)

Чи може стати у вогні

Вода холодним льодом? (ні)

Чи може вище гір літак

У вишину злетіти? (так)

А крокодил букет на дні

З лілей зібрати може? (ні)

Чи правда діточки, що рак,

Коли повзе, то задки? (так)

Річка біжить у далині.

Чи є у неї ноги? (ні)

А під кінець скажіть мені,

Цікава гра у «Так чи ні?»

Гра «Хто помітить?»

Роздивитись малюнки та знайти 10 розбіжностей. Називання розбіжностей по черзі.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Інший я»

- Зараз кожен з вас спробує побувати зовсім іншим. Сядьте (ляжте) зручніше, розслабтеся і уважно мене слухайте. Уявіть собі, що ви птах, який ширяє по небі (розслаблення).

Уявіть собі, що ви тигр, що готується до стрибка (мобілізація). Уявіть, що ви сонячний зайчик (піднесення настрою).

Обговорення відчуттів.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Обери пухнастика»

- Подивіться уважно на пухнастиків. У них різний настрій. Оберіть картку з малюнком того пухнастика, у якого такий самий настрій, як у вас.

- Який настрій у твого пухнастика? Чому?

Заняття 4

Тема. Розвиток уваги

Мета: розвиток тактильно-рухових та просторових уявлень, зорової пам'яті. Розвиток довільної уваги та самоконтролю. Корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Налаштування на певний психоемоційний стан. Вчити методам самокорекції. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності.

Обладнання: м'яка іграшка котик, картки з предметними малюнками до пальчикових вправ, аркуші із завданнями до вправ, м'яч.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Комунікативна гра «Мій котик»

Діти сидять у колі, психолог бере м'яку іграшку (котика) і пояснює, що котику дуже хочеться до дітей, бо він знає як діти його люблять. Тож кожен поговорить з котиком, скажіть йому ласкаві слова, лагідно назвіть його та привітайтеся. Діти передають іграшку по колу.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Розучування нових фігурок.

Вправа «Сопілка»

Рухи пальцями обох рук, що імітують гру на сопілці.

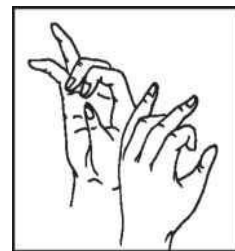
Зріжу я вербову гілку,

Не товсту і не тонку.

І зроблю собі сопілку,

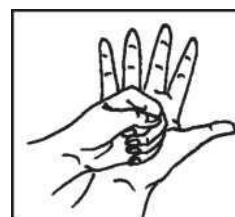
Буду грати на лужку.

К. Перелісна



Вправа «Веселий молоток»

Постукати кулачком правої руки по долоні лівої руки і навпаки.

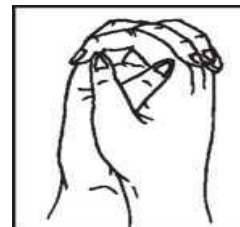


Вправа «Замок»

Долоні зближені, пальці переплетені.

Нікого в хату замок не пускає

Зачинені двері міцно тримає.

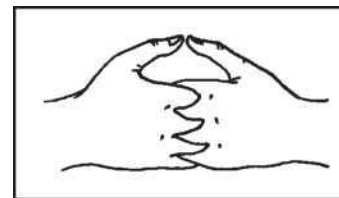


Вправа «Кошик»

Долоні повернуті до себе, пальці переплетені, лікті розводяться в сторони. Великі пальці утворюють ручку кошика.

Гарний кошик я сплету,

По гриби я з ним піду.



3. Розвиток пізнавальних процесів.

Гра «Хто помітить?»

Роздивитись малюнки та знайти 10 розбіжностей. Називання розбіжностей по черзі.

Вправа «Спинкою до спинки»

Діти стають спинами один до одного та по черзі описують зовнішність один одного (очі, одяг тощо). Гру можна повторити 2-3 рази. Дорослий може брати участь у грі.

Вправа «Збираємо урожай»

На аркуші зображені по порядку різні фрукти, дітям необхідно зафарбувати усі яблучка, чи грушки по порядку. Кожному учневі можна дати назву різного фрукта.

Гра з м'ячем «Літає - не літає», «Скакає - не скакає».

Ведучий називає предмет і кидає м'яч. Якщо предмет літає, дитина повинна піймати м'яч, якщо не літає - м'яч потрібно відбити.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Небо»

Уявіть собі, що зараз літній день, і ви лежите на траві. Ви відчуваєте її м'якість. Лежачи на спині, ви дивитесь на небо: чисте, безхмарне, блакитне. Дивіться на нього протягом якогось часу.

У полі вашого зору з'являється метелик, і коли він пролітає над вами, ви помічаєте, як красиво розфарбовані його крила.

Тепер ви бачите орла, що ширяє високо в небі. Дивлячись на нього, ви теж поринаєте як і він у блакитну височінь неба.

Тепер ви дивитесь ще вище і помічаєте високо-високо в небі пропливає маленька біленька хмаринка. Спостерігайте за тим, як вона повільно пливе.

Нарешті перед вами велике безмежне небо. Станьте небом, відчуйте себе безкінечним, просторим. Відчуйте, що присутні всюди, що можете досягти всього і крізь все проникнути.

Тепер я порахую від п'яти до одного і ви відкриєте очі і розповісте нам, що ви відчували під час своєї подорожі небом.

Обговорення. Діти діляться своїми враженнями про те, що вони відчували.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Обери пухнастика»

- Подивіться уважно на пухнастиків. У них різний настрій. Оберіть картку з малюнком того пухнастика, у якого такий самий настрій, як у вас.

- Який настрій у твого пухнастика? Чому?

Заняття 5

Тема. Розвиток уваги

Мета: розвиток тонких рухів пальців рук, тактильно-рухової та зорової пам'яті й просторових уявлень. Корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Розвиток довільної уваги та самоконтролю. Дати вихід накопиченому психоемоційному напруженню. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності.

Обладнання: картки із предметними малюнками до пальчикових вправ, аркуші із завданнями до вправ, м'яч, картинки з пухнастиками.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Вправа «На що схожий настрій?»

Учасники по черзі говорять, на яку пору року, природне явище, погоду схожий їхній сьогоднішній настрій. Почати порівнювати краще дорослому: «Мій настрій схожий на білу пухнасту хмаринку в спокійному блакитному небі. А твій?» Вправу проводять по колу. Психолог узагальнює, який сьогодні в усієї групи настрій: сумний, веселий, сміхотливий, злий.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Гра «Перевіряйко»

Діти показують картки з предметним малюнком або іграшку і дають команди один одному. Інша дитина у відповідь показує певну пальчикову фігуру. Повторюються всі раніше вивчені пальчикові фігури.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Закодовані фігури»

На аркуші зображені різні геометричні фігури. Учням необхідно розставити значки в кожен фігуру за зразком.

Вправа «Легідна крейда»

Діти об'єднуються в пари, один з яких буде «крейдою», а інший – «дошкою». «Крейда» на спині у дошки малює знаки, які «дошка» повинна відгадати. Для парної кількості учасників у грі може брати участь психолог.

Примітки: у деяких дітей з підвищеною чутливістю шкірного аналізатора та тривожних такі маніпуляції можуть викликати неприємні відчуття. Тому не варто наполягати, якщо дитина буде відмовлятися від цієї гри.

Вправа «Закодовані малюнки»

На аркуші паперу з'єднати цифри по порядку. Вдома розфарбувати малюнок та принести на наступне заняття на виставку робіт. Подається два малюнки із завданням.

Гра «Лови м'яч»

Діти стають напроти психолога у якого два м'ячі: темний і світлий. Інструкція учасникам: світлий м'яч потрібно ловити завжди, а темний - тільки тоді, коли його кидають зі словом «Лови». Психолог по черзі кидає дітям м'ячі в різних комбінаціях.

4. Психотерапевтична робота.

Гра «Інші ми»

Сьогодні ми з вами уявимо себе спортсменами-переможцями.

«Атлет»

Уявіть себе атлетом, який виступає на конкурсі перед численними глядачами. Ви стоїте на яскраво освітленій сцені і демонструєте усім глядачам свої потужні і красиві м'язи, показуєте їх у різних позах. Запамятайте цей стан – піднесення, упевненості, гордості.

«Перемога!»

Уявіть, ніби ви тільки-но забили переможний гол у дуже відповідальному матчі. Давайте спробуємо створити позу радості, перемоги: підкиньте руки вгору, закиньте голову і широко усміхайтеся. Можна навіть високо підстрибнути і різко «рубнути» рукою повітря, як це часто роблять футболісти забиваючи гол. Можете свій стрибок супроводити радісним вигуком.

Обговорення. Діти діляться своїми враженнями про те, що вони відчували.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Обери пухнастика»

- Подивіться уважно на пухнастиків. У них різний настрій. Оберіть картку з малюнком того пухнастика, у якого такий самий настрій, як у вас.

- Який настрій у твого пухнастика? Чому?

Заняття 6

Тема. Розвиток уваги

Мета: корекція дрібної моторики рук; корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Розвиток координації руки, довільної уваги та самоконтролю. Зміцнення дрібних м'язів кистей рук. Сприяння підвищенню темпу психічної діяльності.

Обладнання: аркуші із завданнями до вправ, картки з предметними малюнками до пальчикових вправ, м'яч, презентація до гри «Теремок», малюнки казкових героїв та паперові сердечка на клейкій основі.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Вправа «За що мене можна любити»

Психолог пропонує дітям назвати свої риси, за які, на думку дитини, її можна любити.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Гра «Зрозумій мене без слів».

Дорослий демонструє дітям картинку з предметним малюнком або іграшку, а діти у відповідь показують певну пальчикову фігуру.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Кодувальник»

На аркуші зображені різні геометричні фігури, учням необхідно розставити значки в кожен фігуру за зразком.

Вправа «Цікаві знаки»

Дітям на короткий час показують картку з фігурою. Дитина повинна запам'ятати зображення і якомога точніше його намалювати і показати, піднявши картку. Кожна дитина отримує десять чистих карток для малювання.

Гра «Пташка - не пташка», «Одяг - не одяг»».

Ведучий називає предмет і кидає м'яч. Якщо предмет пташка, дитина повинна піймати м'яч, якщо не пташка - м'яч потрібно відбити.

4. Психотерапевтична робота.

Гра «Принцеса-Несміяна»

Один гравець сідає на стілець в центрі кола. Це і буде «принцеса Несміяна». Він зображує сум та незворушність. Інші діти по черзі або разом пробують його розсмішити будь-яким способом, крім дотиків та лоскотіння. Перемагає та «принцеса», яка протрималась хоча б 1-2 хвилини. Гру можна повторювати декілька разів, вибираючи нових гравців для ролі «Несміяни».

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра-експеримент «Подаруй своє серце»

На дошці портрети добрих і злих героїв казок, дітям пропонується «подарувати своє сердечко» герою, який їм подобається. Наклеїти його під зображенням героя.

Заняття 7

Тема. Розвиток уваги

Мета: розвиток дрібної моторики руки, сприяння розвитку координації рук, регулювання руху за силою, розмахом, швидкістю й точністю. Корекція обсягу уваги, формування стійкості, здатності до розподілу та переключення уваги. Поліпшення настрою дітей та підвищення психоемоційного тону.

Обладнання: аркуші із завданнями до вправ, картки з предметними малюнками до пальчикових вправ, музика до гри.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Гра «Жучок»

Одна дитина стає спиною до групи і виставляє за спину руку з відкритою долонею, до якої вітаючись торкається один з учнів або психолог; дитина, повернувшись обличчям до групи, за мімікою та поведінкою має вгадати, хто це та привітатись з ним з побажанням на день.

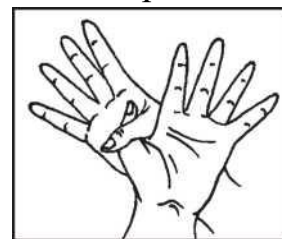
2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Розучування нових фігурок

Вправа «Пташка»

Руки схрещені в зап'ястках, великі пальці зчеплені, інші ритмічно рухаються, як крила пташки.

*Пташка тихенько
В гніздечку сиділа.
Раптом розправила крила
І полетіла.*



Вправа «Метелик»

Руки ліктями спираються на стіл. Кисті рук, перехрещені у зап'ястках, рухаються вгору-вниз.

*Літечко тепле
Настало, і знову
Літають метелики –
Крильця шовкові.*



3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Незвичні знаки»

Дітям на короткий час показують картку з якою-небудь фігурою. Дитина повинна запам'ятати зображення і якомога точніше його намалювати. Кожна дитина отримує десять чистих карток для малювання. Сім карток показує психолог. 7, 8 та 9 картку вигадують учні самостійно. Кожен малює свій зразок та показує, інші учні малюють його. Так кожному надається право побувати на місці психолога.

Гра «Знайди всіх кошенят»

Роздивившись малюнок, діти почерзі називають, де вони бачать кошенят.

Вправа «Кресляр»

На аркуші зображені по рядкам предмети, необхідно викреслити всі зірочки та прапорці.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Гучна і тиха музика»

Психолог заховує предмет і для того, щоб знайти, потрібно уважно слухати музику. Чим голосніша музика, тим ближче шукане.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра-експеримент «Подаруй своє серце»

На дошці портрети добрих і злих героїв казок, дітям пропонується «подарувати своє сердечко» герою, який їм подобається.

Заняття 8

Тема. Розвиток саморегуляції пізнавальної діяльності

Мета: формувати уміння уважно слухати, розуміти й точно виконувати послідовні вказівки дорослого, самостійно діяти за його завданням, переборювати відволікаючий вплив побічних факторів. Створити атмосферу довіри та доброзичливості, радісного настрою. Тренування стійкості уваги, розвиток самоконтролю й уміння виконувати дії у внутрішньому, розумовому плані.

Обладнання: поле та фішки для гри «Муха», картки з предметними малюнками для пальчикової гімнастики, кольорові олівці, фломастери та аркуші в клітинку.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Вправа «На що схожий настрій?»

Учасники по черзі говорять, на яку пору року, природне явище, погоду схожий їхній сьогоднішній настрій. Почати порівнювати краще дорослому: «Мій настрій схожий на білу пухнасту хмаринку в спокійному блакитному небі. А твій?» Вправу проводять по колу. Психолог узагальнює, який сьогодні в усієї групи настрій: сумний, веселий, сміхотливий, злий.

Вправа «Правила

Будемо веселими?

Будемо!!!

Будемо дружними?

Будемо!!!

Будемо добрими?

Будемо!!!

2. Розминака. Пальчикова гімнастика.

Гра «Перевір'яйко»

Діти по черзі показують картки з предметним малюнком і дають команди один одному. Інші діти у відповідь показують певну пальчикову фігуру.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Словесний диктант»

(Завдання виконуються кольоровими олівцями на аркушах у клітинку)

Намалюйте в ряд шість листочків, два зелених, а решта жовті; намалюйте дві сливи і три яблука; обведіть вісім клітинок і розфарбуйте їх так, щоб були по дві однакових.

Вправа ««Так» і «Ні» не говорити»

Дитина повинна відповісти на запитання психолога, але забороняється говорити. Можна показувати кольори, які є в кімнат замість відповіді та кивати.

Якого кольору небо? Якого кольору сонце? Ти любиш сонце? Як сильно ти його любиш? Якого кольору пісок біля річки? Якого кольору огірки? Вони можуть бути тільки зеленого кольору? Я якого ще? Якого кольору вода в озері? Вона холодна чи тепла? Якого кольору абрикос? Які кольори можна назвати літніми? Якого кольору немає взимку?

Гра «Муха»

Для гри потрібні два аркуші, розкреслені на ігрові поля (квадрати 3 на 3) та невеличкі дві фішки, які будуть виконувати роль «дресированої мухи». Переміщення «мухи» з одного поля на інше відбувається з допомогою команд («вгору», «вліво», «вниз», «вправо»). Вихідне положення «мухи» позначка кружечком на певній клітинці поля. Пункт зупинки «мухи», клітинка позначена смайликом. Процюючи в парах (де може бути учасником і психолог), один учасник подає команду, інший переміщує «муху» до пункту зупинки. Той, хто подає команди, стежить за тим, щоб муха не вийшла за межі ігрового поля. Після

виконання вправи, учасники міняються місцями. Для супроводу гри увімкнути легку музику.

4. Психотерапевтична робота.

Гра «Оркестр»

Діти стають у коло. Ведучий пояснює, що в оркестрі головний – диригент, тому всі музиканти, виконуючи свою партію, уважно спостерігають за рухами диригента. Якщо диригент піднімає руку до гори, то музиканти грають голосніше, якщо опускає до низу, то тихіше, а якщо стискає в кулак праву руку, то припиняють грати.

Діти, стоячи в колі, починають співати голосний звук “а”, слідкуючи за вказівками диригента.

5. Прощаннята обговорення вражень від заняття.

Вправа «Подаруй усмішку»

Діти стоять у колі та тримають перед собою складені «човником» долоньки. Психолог «дарує усмішку» дитині-сусідові, кладучи у долоні, та передає далі по колу. Коли тренер отримує вже з іншого боку «усмішку», він говорить, що дарував одну усмішку, а отримав цілу жменю і пропонує дітям не тримати усмішки, а відпустити їх, щоб усім навколо було весело. Всі піднімають руки вгору з відкритими долонями і аплодують.

Заняття 9

Тема. Розвиток саморегуляції пізнавальної діяльності

Мета: сприяти розвитку координації руки, регулюванню руху за силою. Формувати уміння уважно слухати, розуміти й точно виконувати послідовні вказівки дорослого, самостійно діяти за його завданням, переборювати відволікаючий вплив побічних факторів. Формувати комунікативні навички. Вчити зосереджуватись. Створити атмосферу довіри та доброзичливості, радісного настрою.

Обладнання: тонкий (газетний) папір, м'яка іграшка, чарівна торбинка, фішки та поля для гри «Муха», кольорові олівці чи фломастери, аркуші в клітинку, зображення казкових героїв та клейкі сердечка.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу

Гра «Мій котик»

Діти сидять у колі, психолог бере м'яку іграшку (котика) і пояснює, що котика дуже хочеться до діток, бо він знає, як діти його люблять. Тож кожен поговорить з котиком, привітайтеся, скажіть йому ласкаві слова, лагідно назвіть його. Діти передають іграшку по колу.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Вправа «Зімни і розгладь аркуш» (права рука)

На розкриту долоню кладуть аркуш паперу. Потрібно зім'яти його без допомоги іншої руки. Потім, поклавши зім'ятий аркуш на стіл, потрібно користуючись усіма пальцями руки, розгладити його так, щоб він не стовбурчився.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа «Словесний диктант»

(Завдання виконуються кольоровими олівцями на аркушах у клітинку)

Намалюйте в ряд шість різних фігур, з яких остання має бути трикутником.

Намалюйте в ряд вісім трикутників різних за розміром, найменший зафарбуйте в червоний колір.

Намалюйте в ряд десять грибків так, щоб ліворуч було чотири грибки з червоними шапочками, два останні з білими, а інші з коричневими.

Гра «Муха»

Для гри потрібні два аркуші, розкреслені на ігрові поля та невеличкі дві фішки, які будуть виконувати роль «дресированої мухи». Переміщення «мухи» з одного поля на інше відбувається з допомогою команд («вгору», «вліво», «вниз», «вправо»). Вихідне положення «мухи» позначка кружечком на певній клітинці поля. Пункт зупинки «мухи», клітинка позначена смайликом. Працюючи в парах (де може бути учасником і психолог), один учасник подає команду, інший переміщує «муху» до пункту зупинки.

Той хто подає команди, стежить за тим, щоб муха не вийшла за межі ігрового поля. Після виконання вправи, учасники міняються місцями. Для супроводу гри увімкнути легку музику.

4. Психотерапевтична робота.

Гра «Слухай оплески»

Діти йдуть по колу. Коли психолог зробить один оплеск, вони повинні зупинитися й стати в позу «лелеки» (стояти на одній нозі, руки розвести в сторони). Якщо психолог зробить два оплески, діти повинні стати в позу жаби (присісти, п'ятки разом, носки та коліна розведені в сторони, руки між ногами на підлозі). На три оплески діти знову починають крокувати.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра-експеримент «Подаруй своє серце»

На дошці портрети добрих і злих героїв казок, дітям пропонується «подарувати своє сердечко» герою, який їм подобається.

Повідомлення психолога (про закінчення вправ з розвитку уваги та налаштування на роботу з розділу «Розвиток сприймання»). Починаючи з наступних занять ви дізнаєтесь, що сховано в чарівній торбинці.

Розділ II. «Розвиток сприймання»

Заняття 10

Тема. Розвиток сприймання

Мета: розвивати тактильні відчуття, активну увагу. Зміцнювати дрібні м'язи кистей рук. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття кольору. Розширювати обсяг сприймання. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Створити позитивний емоційний настрій у групі.

Обладнання: тонкі аркуші для зминання, чарівна торбинка з дрібними предметами (камінці, ракушки, тенісний м'ячик, кубики, шишки, бусинки...), дошки Сегена, маски.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Гра «Паровозик»

«Паровозик» має скласти потяг з вагончиків, під'їжджає до кожного вагончика і знайомиться, називаючи себе пестливим словом, яке йому подобається (це може бути не лише ім'я, а й пестливе слово, яким до нього звертаються рідні):

Я веселий паровозик... а ти хто?

А я красивий вагончик...

Поїхали далі разом.

Поїхали.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Вправа «Зімни і розгладь аркуш» (ліва рука)

На розкриту долоню кладуть аркуш паперу. Потрібно зім'яти його без допомоги іншої руки. Поклавши зім'ятий аркуш на стіл, потрібно, користуючись усіма пальцями руки, розгладити його так, щоб він не стовбурчився.

3. Розвиток психічних процесів.

Вправа-гра «Чарівна торбинка»

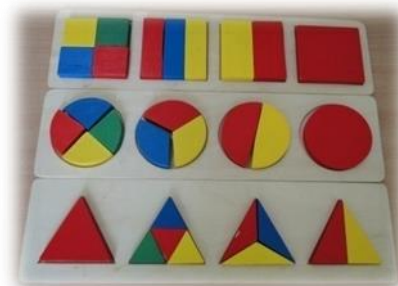
Дитині пропонують, не заглядаючи, а опустивши руку в торбинку (бажано казкового вигляду), з багатьох дрібних предметів (лінійка, ручка, олівець, клей, каштан, гудзик, монета, горіх та ін.) впізнати один, назвати його і тільки після цього вийняти і показати всім. Правильно названий предмет всі вітають оплесками.

Вправа-гра «Що чути?»

Психолог пропонує дітям заплющити очі і покласти голову на складені на парті руки. Потім створює різні звуки (ходить, відчиняє та зачиняє двері, переставляє стілець, перекладає ключі, гортає сторінки книги та ін.). За сигналом діти «прокидаються» і по-черзі (до кого торкається психолог) розповідають, які звуки вони почули.

Вправа «Дошки Сегена»

Кожній дитині дається «дошка» з пазлами та відповідні фігури (цілі, або ж поділені на 2-4 частини), які треба вкласти в ці пазли. Пазлів на «дошці» може бути від 3 до 10, в залежності від індивідуальних можливостей дитини.



4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Кольорія»

З сьогоднішнього заняття ми з вами будемо мандрувати чарівною країною, яка називається Кольорія. Як ви гадаєте, хто мешканці цієї країни? Там мешкають кольори. А які вони на вигляд? Там весело чи сумно? В цій країні живе сім головних кольорів, які ще називають веселковими, та як саме веселка є господарем серед них. Подорожуючи веселковою країною, ви не лише все дізнаєтесь про кольори а й створите цю країну у нас тут в кабінеті. Сьогодні ми побуваємо на самісінькій вершині веселки, там де мешкає червоний колір.

Перегляд презентації «Ось такий червоний колір»

- Які емоції у вас викликає червоний колір? Що ви відчуваєте, коли дивитесь на нього?

- Як ви гадаєте, як би ми зуміли доторкнутись до червоного кольору, який він би був на дотик?

Намалюйте вдома червоні картинки, використовуючи лише червоний колір. А після нашої веселкової подорожі ми з вами створимо власних жителів веселкової країни.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра «Мій настрій»

- Оберіть маску з обличчям, яка відображає настрій схожий на ваш. (Діти прикладають маски до обличчя)

- Опиши настрій, який відображає твоя маска?

Заняття 11

Тема. Розвиток сприймання

Мета: діагностика та розвиток тактильних відчуттів. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття кольорів. Розширювати обсяг сприймання. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Створити позитивний емоційний настрій у групі.

Обладнання: предметні картинки до пальчикових вправ, шарф, дрібні предмети для гри, презентація 3, аркуші із завданням до вправи, маски.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу

Вправа «Долоньки»

Психолог повідомляє дітям, що дуже радий їх бачити і хоче привітатися з кожним особисто. Для цього просить покласти руки долоньками догори. Потім накриває своїми долонями долоньки дитини і, дивлячись в очі та усміхаючись, вітається, називаючи дитину на ім'я. Дитина у відповідь теж вітається, називаючи педагога на ім'я та по батькові.

Вправа «Правила

Будемо веселими?

Будемо!!!

Будемо дружними?

Будемо!!!

Будемо добрими?

Будемо!!!

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Гра «Не помились»

Ведучий демонструє пальчикові фігури, що не співпадають з їхньою назвою, а діти мають виконувати вправи відповідно до назви.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа-гра «Скажи, що в тебе в руці»

Дитині зав'язують очі і на простягнуту долоню кладуть маленький предмет (гудзик, монету, батарейку, горішок, каштан та ін.). Коли дитина не може назвати предмет відразу, їй дозволяють помацати його пальцями.

Вправа-гра «Що чути?»

Психолог пропонує дітям заплющити очі і покласти голову на складені на парті руки. Потім створює різні звуки (ходить, відчиняє та зачиняє двері, переставляє стілець, перекладає ключі, гортає сторінки книги та ін.). За сигналом діти «прокидаються» і по черзі (до кого торкається ведучий) розповідають, які звуки вони почули.

Завдання: дітям дається вказівка запам'ятати послідовність та кількість звуків.

Вправа «Чарівне яблучко»

Знайти і розфарбувати відкушену частину яблучка.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Кольорія»

До якого кольору веселки ми здійснили подорож на минулому занятті? Чи приніс хтось із вас червоний малюнок? Під червоним кольором у веселковій країні мешкає помаранчевий.

Перегляд серії картинок з помаранчевим кольором (може бути презентація чи відеоролик). «Ось він який помаранчевий колір».

- Які відчуття у вас виникли після перегляду ?

- Як ви гадаєте, як би ми зуміли доторкнутись до помаранчевого кольору, який він би був на дотик?

Спробуйте намалювати вдома помаранчеві картинки, використовуючи тільки помаранчевий колір та уявляючи, хто ще там може мешкати.

Всі дитячі малюнки вивішуються у спеціально відведеному місці, де по завершенню буде утворена веселка із робіт.

5. Прощання та обговорення вржень від заняття.

Вправа «Піраміда»

Психолог протягує руку долонею догори, а діти накладають свої долоньки згори, створюючи піраміду, і разом промовляють слова: «До побачення!»

Заняття 12

Тема Розвиток сприймання

Мета: формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття кольору. Розвивати тактильні відчуття. Розширювати обсяг сприймання. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Створити позитивний емоційний настрій у групі. Вчити навичкам рефлексії.

Обладнання: картки з предметними малюнками до пальчикової гімнастики, чарівна торбинка з різними однаковими предметами, дошки Сегена.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Вправа «Будь здоров!»

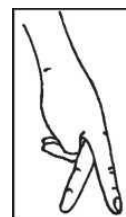
Вітання відбувається потиском рук з називанням імені.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика

Розучування нових пальчикових фігурок.

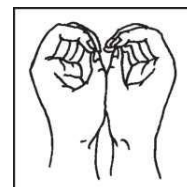
Вправа «Чапля»

Вказівний і середній пальці «ходять» по столу. Рухи різкі, темп повільний.



Вправа «Сова»

Пальці утворюють два кола, що з'єднані між собою.

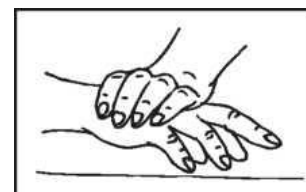


Вправа «Черепашка»

Пальці лівої (правої) руки розведені, округлені й спираються на стіл. Середній палець – голівка черепахи, останні пальці – ніжки. Правою (лівою) долонею накриваємо ліву (праву) руку – це панцир. Рухаємо голівкою черепахи, ворухимо ніжками.

*Черепашки невеличкі
Повиходили із річки,
Потихесеньку ідуть,
Сірі панцирі несуть.*

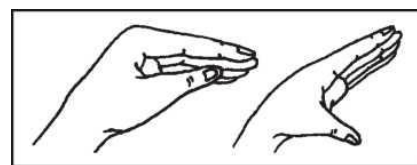
К. Переліска



Вправа «Жабки»

Рука обернена долонею донизу. Пальці випрямлені, з'єднані між собою. Великий палець утворює кут із вказівним. Кінчики вказівного та великого пальців ритмічно з'єднуються і роз'єднуються, ніби жабки «співають», широко відкриваючи й закриваючи ротик.

*Під зеленим осокоором,
Де зелена трава,
Заспівали жабки хором:
Кумки-кумки, ква-ква-ква.*



3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа гра «Чарівна торбинка»

Дитині пропонується навпомацки знайти у торбині два однакових предмета двома руками.

Вправа «Дошки Сегена»

Кожній дитині дається «дошка» з пазами та відповідні фігури (цілі або ж поділені на 2-4 частини), які треба вкласти в ці пази. Пазів на «дошці» може бути від 3 до 10, в залежності від індивідуальних можливостей дитини.

Гра «Плутанина»

Психолог називає колір, предмет, ознаку предмета (твердий, сипкий, м'який, теплий), учні повинні знайти предмет такого кольору та доторкнутись до нього.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Кольорія»

Перегляд зображень жовтого кольору «Ось такий він жовтий колір».

- Які відчуття у вас виникли після перегляду зображень?

- Коли ви торкаєтесь до жовтих предметів, що ви відчуваєте?

Спробуйте намалювати вдома жовті картинки, використовуючи тільки жовтий колір.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Вгору за веселкою»

Всі сідають на м'яку поверхню, закривають очі, роблять глибокий вдих і уявляють, що разом з цим вдихом піднімаються вгору по веселці, а видихаючи – з'їжджають з неї, як з гірки. Вправа повторюється тричі, потім психолог та діти діляться враженнями. Можна повторити вправу з відкритими очима.

Заняття 13

Тема. Розвиток сприймання

Мета: зміцнювати дрібні м'язи кистей рук; розвиток зорово-моторної координації; розвивати тактильні відчуття. Розширювати обсяг сприймання. Формувати адекватне сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття музичного ритму. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Стабілізація психоемоційного стану, створення відчуття психологічного комфорту.

Обладнання: картки з предметними малюнками для пальчикової гімнастики, чарівна торбинка з різними предметами, малюнки до вправи, чашка та тенісний м'ячик.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу

Вправа «Вітання»

Діти разом з психологом стають у коло, тримаючись за руки, з посмішкою промовляють: « Вітаю. Бажаю здоров'я та гарного настрою».

Вправа «Правила

Будемо веселими?

Будемо!!!

Будемо дружними?

Будемо!!!

Будемо добрими?

Будемо!!!

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Гра «Чарівник»

Психолог «зачаровує» дітей: вони не говорять, а спілкуються лише пальчиками, демонструючи певні фігури. По черзі показують картки з

предметним малюнком і дають команди один одному. Інші діти у відповідь показують певну пальчикову фігуру.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Вправа-гра «Чарівна торбинка»

Дітям пропонується, не відкриваючи торбинки, навпомацки визначити, що знаходиться у ній. Предмети мають бути більшого розміру ніж у попередніх вправах (м'ячик, зошит, книжка, кубик та ін.).

Гра «Приховані малюнки»

Учні розглядають картинку та називають по черзі, що вони бачуть.

Вправа «Видуй кульку з чашки»

В чашку кладуть кульку від настільного тенісу. Дітям по черзі пропонується набрати якомога більше повітря, схилитися над чашкою та подути в неї так сильно, щоб кулька вилетіла з чашки.

Гра «Плутанина»

Психолог називає колір, предмет, ознаку предмета (твердий, сипкий, м'який, теплий), учні повинні знайти предмет такого кольору та доторкнутись до нього.

4. Психотерапевтична вправа.

Вправа «Кольорія»

- Які кольори живуть на самій вершині веселкової країни? Хто її мешканці, покажіть на своїх малюнках.

Перегляд зображень зеленого кольору «Ось такий зелений колір».

- Які емоції у вас викликає зелений колір? Що ви відчуваєте коли дивитесь на нього? Який цей колір надотик?

Намалюйте вдома зелені картинки, використовуючи лише зелений колір.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра «Мій настрій»

- Оберіть маску з обличчям, яка відображає настрій схожий на ваш. (Діти прикладають маски до обличчя)

- Опиши настрій, який відображає твоя маска?

Заняття 14

Тема. Розвиток сприймання

Мета: розвиток зорово-моторної координації, тактильних відчуттів. Формування адекватного сприймання форми предмета, його величини, здатність до зорової оцінки пропорцій, сприйняття музичного ритму. Вчити порівнювати предмети і знаходити розбіжності між ними. Розширювати обсяг сприймання. Вчити пристосуванню до різних обставин. Сприяти навчанню групової взаємодії.

Обладнання: картки з предметними малюнками до пальчикової гімнастики, розвивальні дошки Сегена, чарівна торбинка із дерев'яними (пластиковими) цифрами, картон та папір різної структури, тенісна кулька та стаканчик.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу

Вправа «Привіт, казковий герою»

Психолог пропонує кожній дитині подумати, з яким казковим героєм вона себе співвідносить. Потім діти по черзі називають героя, всі інші разом вголос вітаються з ним. Вправа проводиться в колі тримаючись за руки.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Вправа «Моя улюблена фігура»

Діти за бажанням обирають картки із зображенням предметного малюнка. Потім по черзі кожен показує свої улюблені пальчикові фігури відповідно малюнку.

3. Розвиток психічних процесів.

Вправа «Впізнай цифру на дотик»

Дитині зав'язують очі і пропонують на дотик з пластикових (дерев'яних) цифр впізнати цифру чи знайти задану. Цифри помістити у мішечок чи коробочку.

Вправа «Дошки Сегена» (ускладнений варіант)

Кожній дитині дається «дошка» з пазами та відповідні фігури (цілі, або ж поділені на 2-4 частини), які треба вкласти в ці пази. Пазів на «дошці» може бути від 3 до 10, в залежності від індивідуальних можливостей дитини. Вправа виконується закритими очима навпомацки.

Вправа «Незвичні папірці»

Дітям пропонується набір карточок зі зразками різного за структурою картону, серед якогоє однакові. Спочатку дозволяється помацати всі зразки, потім дітям зав'язують очі і пропонують знайти дві однакові.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Кольорія»

- Скажіть, які кольори мешкають у країні Кольорія? Покажіть малюнки, які підготували вдома.

Перегляд зображень блакитного кольору «Ось такий блакитний колір»

- Які відчуття у вас виникли після перегляду презентації?

- Який на дотик блакитний колір? Спробуйте намалювати вдома мешканців блакитного поверху веселки, використовуючи тільки блакитний колір.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Подарунок на долоні»

Психолог дарує дітям на згадку від заняття блакитний подарунок – сніжинку на долоні. Кладе кожному учневі на долоню папірець із малюнком з додатка.

Розгляньте ці веселі сніжинки. Що ви відчули, коли отримали цей подарунок? Чому ви усміхнулись?

Бажаю і вам завжди бути такими веселими і красивими. Вдома одягніть сніжинки у блакитний колір і якщо забажаєте, подаруйте ще комусь.

Заняття 15

Тема. Розвиток сприймання

Мета: встановлення контакту та емоційної гармонії з дітьми. Розвиток зорово-моторної координації, довільної уваги, сенсомоторної координації.

Удосконалення сприймання величини, форми і просторових відносин між предметами. Корекція сприймання і спостережливості в учнів. Формування умінь орієнтуватися у своїх діях. Поліпшення настрою дітей та підвищення психоемоційного тону.

Обладнання: картки з предметними малюнками до пальчикових вправ, чарівний мішечок із плоскими силуетами, 3 набори основних геометричних фігур.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу

Привітання «Ланцюжок»

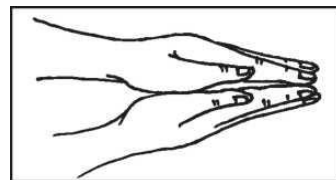
Спочатку дітям пропонується утворити «ланцюжок»: дитина, називаючи ім'я сусіда, подає йому руку, той називає наступного і також подає йому руку, не розриваючи руки з попереднім учасником. Коли «ланцюжок» замикається (перший береться за руки з останнім) всі піднімають зчеплені руки вгору і хором кажуть: «Усім, усім доброго дня!».

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Розучування нових пальчикових фігурок.

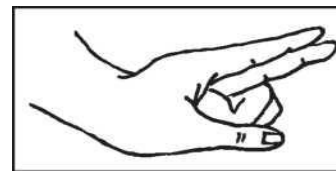
Вправа «Рибка»

Випрямлені долоні притиснуті одна до одної. Пальці спрямовані від себе. Зімкнені долоні повертаємо праворуч-ліворуч, імітуючи рухи рибки, що пливе.



Вправа «Равлик»

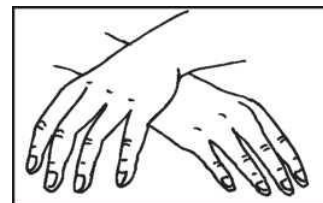
Покласти руку на стіл долонею вниз. Пальці стиснути в кулачок, підняти вказівний і середній пальці, розвести їх у сторони, повернути ними.



Вправа «Павучок»

Руки схрестити у зап'ястках, швидко «бігати» по столу, перебираючи пальцями.

*Павучок біжить кудись, дуже поспішає,
В нього завжди стільки справ, часу він не гає.*



3. Розвиток психічних процесів.

Вправа «Чарівний мішечок»

На дотик відгадати фігури, що знаходяться в мішечку (пласкі, з картону або фанери силуети тварин, фігури та ін.).

Вправа «Шлях»

Психолог разом з дітьми уявно подорожує від місця перебування, наприклад, до їдальні, спортивного залу, будинку культури та ін. Потрібно розказувати, що де знаходиться (праворуч, ліворуч, позаду, попереду тощо). Діти можуть доповнювати один одного, пригадуючи якісь деталі інтер'єру, ландшафту та ін.

Вправа «Уважно слухай і розташуй»

Психолог називає геометричні фігури із вказівкою їхнього місця на аркуші. Діти мають взяти їх з набору фігур та покласти на вказаному місці згідно з інструкцією (вгорі ліворуч трикутник, праворуч від нього квадрат, у центрі коло тощо).

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Кольорія»

- Мешканців якого поверху з веселкової країни ви підготували вдома. Давайте їх помістимо до нашої веселки. (Психолог вивіщує малюнки дітей) Як ви гадаєте, який колір живе під блакитним?

Показ зображень синього кольору «Ось такий синій колір».

- Які відчуття у вас виникли після перегляду презентації?

- Який на дотик блакитний колір? Спробуйте намалювати вдома блакитні картинки, використовуючи тільки блакитний колір.

5.Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра «Подарунок»

Діти та психолог стають в коло. Завдання для дітей: «Зробіть подарунок своєму сусідові ліворуч. Подарунок потрібно зробити мовчки, але так, щоб сусід зрозумів, що саме ви йому подарували». Гра закінчується, коли всі діти отримують подарунки.

Заняття 16

Тема. Розвиток сприймання

Мета: розвиток зорово-моторної координації, довільної уваги, сенсомоторної координації, комунікативних навичок, пізнавальних процесів. Удосконалення сприймання величини, форми і просторових відносин між предметами. Корекція спостережливості в учнів. Формування умінь орієнтуватися у своїх діях.сприяння позитивному емоційному настрою.

Обладнання: газетні або тонкі аркуші паперу, малюнки «Пори року» та предметні малюнки із зображеннями, які належать певній порі року, намальовані контури предметів та смужки різного кольору, маски.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу

Вправа «Ласкаві імена»

Психолог пропонує дітям пригадати, якими ласкавими іменами називають їх рідні.

Які почуття у вас виникають, коли до вас так звертаються?

Що хочеться сказати або зробити у відповідь на такі слова?

У кожної людини з її іменем пов'язані найкращі відчуття. Адже чути своє ім'я, тим більше у пестливій формі, завжди дуже приємно. Звертання по імені – це один зі способів домогтися прихильності. А якщо до доброзичливого ставлення додати відвертий комплімент, то багато проблем можна розв'язати швидше і легше. Давайте зараз привітаємось, звертаючись один до одного пестливими іменами.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Вправа «Зімни і розгладь аркуш» (права рука)

На розкриту долоню кладуть аркуш паперу. Потрібно зім'яти його без допомоги іншої руки. Поклавши зім'ятий аркуш на стіл, потрібно, користуючись усіма пальцями руки, розгладити його так, щоб він не стовбурчився.

3. Розвиток психічних процесів.

Вправа «До чого відноситься?»

Кожній дитині дається картинка із зображенням пори року і картинки із зображенням таких предметів: саней, лиж, човна тощо. Діти по черзі обирають з купи карток собі картку, яка відноситься до її пори року. Після виконання діти один в одного перевіряють, чи не наявні зайві картки у сусіда.

Гра «Упізнай за кольором»

Кожен учень отримує набір смужок різного кольору чи олівців. Психолог показує намальовані контури предметів (листя, огірок, кавун, волошка, лимон тощо). Діти мають показати смужку (олівець) відповідного кольору.

Гра «Хто зрячіший»

Потрібно порахувати скільки трикутників зображено на малюнку.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Кольорія»

Повторення вивчених кольорів, вивішування малюнків до веселкої країни.

Показ зображень фіолетового кольору «Ось такий фіолетовий колір».

-Які відчуття у вас виникли після перегляду презентації?

-Який на дотик фіолетовий колір? Спробуйте намалювати вдома фіолетові картинки, використовуючи тільки фіолетовий колір.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра «Мій настрій»

- Оберіть маску з обличчям, яка відображає настрій схожий на ваш. Діти прикладають маски до обличчя

- Опиши настрій, який відображає твоя маска?

Заняття 17

Тема. Розвиток сприймання

Мета: розвиток сприймання величини предмета, мовлення, уваги, здатності до уяви. Вчити вироблення навичок саморегуляції, розуміти себе та інших. Формування умінь спілкування та роботи у колективі, корекція моторики та когнітивної сфери. Стабілізація емоційного стану.

Обладнання: картки з предметними малюнками до пальчикової гімнастики, коробочка чи чарвна торбинка із загорнутими в папір предметами, малюнок до вправи, маски.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Гра «Жучок»

Одна дитина стає спиною до групи і виставляє за спину руку з відкритою долонею, до якої, вітаючись, торкається один з учнів або психолог; дитина, повернувшись обличчям до групи, за мімікою та поведінкою має вгадати, хто це та привітатись з ним з побажанням на день.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Гра «Чарівник»

Психолог «зачаровує» дітей: вони не говорять, а спілкуються лише пальчиками, демонструючи певні фігури. По черзі показують картки з предметним малюнком і дають команди один одному. Інші діти у відповідь показують певну пальчикову фігуру. Необхідно пригадати всі вивчені пальчикові фігури.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Гра «Що в згортку»

Загорнути в папір предмети та покласти в торбинку. Дитині потрібно обмацати згорток та визначити що в ньому.

Вправа «Око пірата»

Психолог пропонує дітям уважно подивитись на який-небудь предмет (камінець, квітка, листок, тенісний м'ячик...). Потім намалювати контури цього предмета в повну величину. Психолог з дітьми оцінює малюнок, порівнюючи з предметом.

Гра «Хто зрячіший»

Потрібно порахувати скільки квадратиків зображено на малюнку.

4. Психотерапевтична робота.

Етюд-релаксація.

Я хочу запропонувати вам короткий відпочинок, щоб ви відчули себе спокійніше, впевненіше. Збагніть, як зветься такий прийом, коли треба максимально розслабитися під музику?

Сядьте зручніше...Зробіть глибокий вдих...і видих... Відчуйте, як з кожним вдихом і з кожним видихом хвиля спокою огортає ваше тіло...

Уявіть собі, що ви лежите на чудовому зеленому лузі. Усюди густий туман. Тому ви всіх навколо бачите дуже нечітко. Порахуйте, не поспішаючи, у зворотному порядку від 10 до 0 і подивися, як туман під ваш рахунок повільно піднімається угору і розсіюється. І з кожним вдихом в вас додається тепла, і виникає багато приємних почуттів, і ви можете розслабитися усе краще і краще. На цьому лузі сховалися чотири тваринки. Знайдіть їх... Придивіться до них уважніше. Це чарівні тваринки, ви можете з ними подумки поговорити, задати їм питання, які вам хочеться, і одержати на них відповіді. Подякуйте кожній за ту увагу, яку вони вам дали. Попрощайтеся з ними і залиште їх на лузі. Повертайтеся назад, сюди, у цей кабінет. Відкрийте очі.

А тепер підтягніться, прогніться. Зробіть глибокий вдих і гучний, короткий видих, голосно скажіть: «Підбадьорився я!». Гарного вам настрою й удачі!

Скажіть, яких звірів ви бачили? За бажанням можете вдома їх намалювати.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра «Мій настрій»

- Оберіть маску з обличчям, яка відображає настрій схожий на ваш. Діти прикладають маски до обличчя
- Опиши настрій, який відображає твоя маска?

Заняття 18

Тема. Розвиток сприймання

Мета: вчити дітей знімати м'язове напруження рук. Розвиток зорово-моторної координації. Формувати вміння орієнтуватися у своїх діях на зразок. Корекція пізнавальних процесів, розвиток сприймання та сенсорних властивостей дитини. Корекція мотиваційної сфери. Формування почуття згуртованості, вміння працювати у групі. Посилювати відчуття власної особистісної цінності. Створювати позитивне емоційне тло, розвиток почуття причетності, співпереживання.

Обладнання: картинка до пальчикової гімнастики, червоні, жовті та зелені смужки паперу, малюнок до вправи, шпалери, фломастери.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Гра «Серце»

Діти стають у коло і беруться за руки. Психолог таємничим голосом пропонує послухати як б'ється велике добре серце, для цього треба всім зробити крок вперед і тихенько сказати «стук», крок назад – «стук». Ми всі разом – велике добре серце.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

На минулих заняттях ми вивчали багато різних пальчикових фігур, були чарівниками, так за допомогою пальчиків створювали картинки. З сьогоднішнього заняття ми будемо вчитись керувати своїми ручками. І будемо вже показувати маленькі історії, фантазувати, рухаючи пальчиками рук.

Розучування вправ (картинки для зорових асоціацій).

Вправа «Слон і миша»

У слона – велика сила,

Він іде, не поспішає.

Мишка – крихітка маленька –

Швидко від слона тікає.

(Слон – великий)

Пальці обох рук, доторкнувшись, розходяться у сторони, напружуючись, імітуючи силу великого слона.

(Мишка – маленька)

Пальці кожної руки без напруження зібрані до купи у дрібочку.

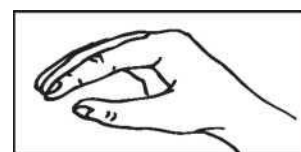
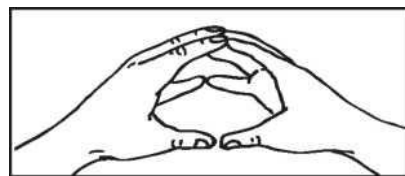
Вправа «Кіт і їжак»

У одного – шубка пухнаста, м'яка,

У другого – спинка уся в голочках.

Зустрілись вони несподівано так:

Котик пухнастий – колючий їжак.



(Кіт – пухнастий)

М'які, плавні рухи, що імітують погладжування.

(Їжак – колючий)

Рухи різкі, напружені, імітують острах уколотися гострими колючками.

3. Розвиток пізнавальних процесів.

Гра «Ділимо на частини»

Кожному учневі даються 3 смужки паперу. Червону смужку потрібно, не згинаючи лист, розділити на 2 частини. Жовту на 3 та зелену на 4 частини. Межі кожної частини можна позначати ручкою. Психолог показує учням зразок правильного розподілу смужки на вже готових відрізках.

Після виконання вправи запропонувати учням вдома виконувати аналогічні вправи.

Гра «Найспостережливіший»

Протягом 3-5 хвилин учні розглядають картинку, намагаючись запам'ятати всі деталі. Потім психолог закриває зображення, та докладно розпитує в учнів про всі деталі зображені на картинці.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Автопортрет у натуральну величину»

На великих аркушах паперу (шпалері) висотою 2 м, прикріплених на стіні, діти обводять силуети фігур один одного. Потім створюють образ самого себе, розмальовуючи довільно фігуру. Зобразіть кольорами, що ви відчуваєте «усередині» себе.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Вправа «Піраміда»

Психолог простягає руку долонею догори, а діти накладають свої долоньки згори, створюючи пірамідку і разом промовляють слова: «До побачення!»

Заняття 19

Тема. Розвиток сприймання

Мета: розвиток зорово-моторної координації, уміння аналізувати предмет, диференціювати його складові частини за формою, величиною, просторовим розташуванням в умовах діяльності. Формування навичок групової взаємодії. Зняття емоційного та м'язового напруження. Зміцнення взаємин між психологом та дітьми.

Обладнання: клубок в'язальних ниток, картинки до пальчикової гімнастики, малюнки та завдання до вправ, шпалери, фломастери, фарби, маски.

Хід заняття

1. Привітання. Налаштування на роботу.

Комунікативна гра «Павутинка»

Діти стають у коло, психолог дає клубочок яскравих ниток, який дитина передає тому, кому захоче, називаючи при цьому ім'я вибраного, потім продовжуючи передавати один одному говорять якимсь побажання на день вибраному та за третім колом говорять, на яку пору року, природне явище, погоду схожий їхній сьогоднішній настрій. (Почати порівнювати краще

дорослому: «Мій настрій схожий на білу пухнасту хмаринку в спокійному блакитному небі. А твій?»). В результаті утворюється павутинка, що з'єднує дітей.

Психолог узагальнює, який сьогодні в усієї групи настрій: сумний, веселий, сміхотливий, злий. Діти уважно роздивляються павутинку групи і говорять, на що вони їм схожа чи що нагадує.

2. Розминка. Пальчикова гімнастика.

Повторення вправ «Слон і миша», «Кіт і їжак».

Розучування нових вправ.

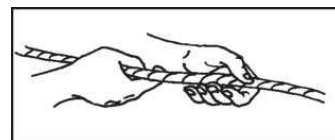
Вправа «Канат і ниточка»

Щоб товстий канат тримати,

Сили треба нам багато.

Ниточку ж тоненьку

Я утримую легенько.

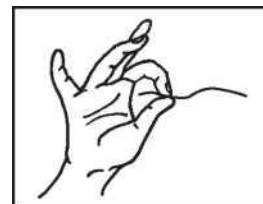


(Канат – товстий)

Імітується перетягування каната обома руками, з певним напруженням, стисненням пальців у кулаки.

(Ниточка – тоненька)

Великим і вказівним пальцями «тримаємо» тоненьку ниточку легенько, без будь-якого напруження.



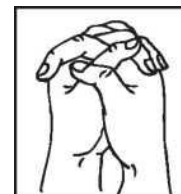
Вправа «Ведмідь і ведмежатко»

Гирі важкі-преважкі

У цирку ведмідь підіймає.

Повітряні кульки легкі

Ведмедик маленький тримає.

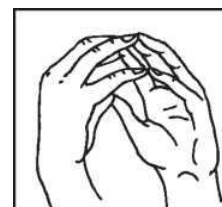


(Гиря – важка)

Пальці сплести, долоні з'єднати і міцно стиснути між собою. Руки в такому положенні з напруженням підняти вгору.

(Кулька – легка)

Руки округлити, надаючи їм форму кульки і, розслабивши кисті рук, плавно підняти їх угору.



3. Розвиток пізнавальних процесів.

Гра «Впізнай картинку»

Психолог показує дітям картинки з предметними малюнками, але не повністю. Спочатку тільки якийсь фрагмент, початок малюнка. Діти за одним фрагментом повинні впізнати, що там зображено. Якщо не впізнають, слід відкрити ще, і так відкривати, доки не впізнають зображене.

Вправа «Геометрія»

Кожній дитині дається аркуш паперу, на якому подані зображення геометричних фігур. Окремо кожному дається набір фігурок (картонні), які потрібно способом накладання покласти на їхні місця. Спочатку дітям за необхідності надаються підказки. Діти можуть допомогти один одному по завершенню знайти правильну фігуру.

4. Психотерапевтична робота.

Вправа «Автопортрет у натуральну величину»

Діти лягають на великі аркуші паперу (шпалери), розстелені на підлозі, а інші учасники обводять силует. Потім створюють образ самого себе, розмальовуючи довільно фігуру. Зобразіть кольорами, що ви відчуваєте в різних частинах тіла.

5. Прощання та обговорення вражень від заняття.

Гра «Мій настрій»

- Оберіть маску з обличчям, яка відображає настрій, схожий на ваш. Діти прикладають маски до обличчя.

- Опиши настрій, який відображає твоя маска?

Висновки

Отже, при навчанні та корекції розвитку дітей з цереброорганічним синдромом має бути:

1) тісна взаємодія лікарів, психологів, дефектологів і соціальних педагогів для виявлення всіх складових синдрому і спрямованих лікувальних, абілітації (реабілітаційних) і корекційних заходів;

2) обов'язкове багатовимірне нейропсихологічне дослідження кожної дитини для виявлення, кваліфікації та оцінки ступеня вираженості цереброорганічного синдрому;

3) використання різних психолого-педагогічних методів і прийомів залежно від особливостей патології у дитини;

4) використання індивідуальних оціночних критеріїв при вирішенні питання про успішність або неуспішність розвитку, навчання, корекції та соціалізації.

Використані джерела

1. Буянов М. И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. Руководство для врачей и логопедов. /М.И.Буянов. – М., 1995. – 295 с.
2. Козьявкин В. И. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина / В.И.Козьявкин, Н.Н.Сак, О.А.Качмар, М.А.Бабадаглы. – Львов: НВФ «Українські технології», 2007. – 192 с
3. Качмар О. О. Система класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральними паралічами // Міжнародний неврологічний журнал / О.О.Качмар. – К., 2008. – №1(17). – С. 90–93.
4. Мастюкова Е. М.Нарушения речи у детей с церебральным параличом /Е.М.Мастюкова, М.В.Ипполитова. – М. – 1985. – 236 с.
5. Приходько О. Г. Порухення раннього мовного розвитку дітей з руховою церебральною патологією // Дефектологія / О.Г.Приходько. – 2009. – № 1.– С. 61-69.
6. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом/К.А.Семенова. – М.: Закон и порядок, 2007. – 616 с.
7. Семенова К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: Руководство для врачей / под ред. Н. М. Маджидова / К.А.Семенова, Н.М.Махмудова. – Ташкент: Медицина, 1979. – 490 с.
8. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995-1998. Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrant P. Acta Paediatr. – 2005 Mar; 94(3): 287-94.
9. Prevalence of cerebral palsy in 8-year-old children in three areas of the United States in 2002: a multisite collaboration. Yeargin-Allsopp M, Van Naarden Braun K, Doernberg NS, Benedict RE, Kirby RS, Durkin MS. Pediatrics. – 2008 Mar; 121(3):547-54.
10. Pakula AT, Van Naarden Braun K, Yeargin-Allsopp M. Cerebral palsy: classification and epidemiology. Phys Med Rehabil Clin N Am. – 2009 Aug; 20(3): 425-52.

Для нотаток

Для нотаток

Валентина ВОЙТКО

**Корекційно-розвиткова робота з учнями
з порушеннями опорно-рухового апарату
в умовах інклюзивної освіти**

Навчально-методичний посібник

Підписано до друку 10.03.2021 р.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Друк – принтер. Тираж 100 прим.
Зам. № 349

КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», вул. Велика Перспективна, 39/63,
Кропивницький, 25006
Віддруковано в лабораторії інформаційно-методичного забезпечення
освітнього процесу КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», вул. Велика
Перспективна 39/63, Кропивницький, 25006