

А. Г. Московкина

РЕБЕНОК
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ В СЕМЬЕ

Под редакцией В. И. Селиверстова

Учебное пособие



Москва • 2015

УДК 376
ББК 74.5я73
М821

Рецензенты:

Н. А. Красноперова, кандидат медицинских наук, доцент,
Московский педагогический государственный университет

Н. С. Лавская, кандидат педагогических наук, доцент,
Московский педагогический государственный университет

Московкина Алла Григорьевна.

М821 Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье
А. Г. Московкина; Под ред. В. И. Селиверстова. – Москва :
Прометей, 2015. – 252 с.

ISBN 978-5-9906264-0-9

В учебном пособии содержатся сведения о семьях детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), принципах и современных технологиях семейного и общественного воспитания детей данной категории: с интеллектуальной недостаточностью, сенсорными нарушениями, речевыми расстройствами, нарушениями опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы и поведения. Особое внимание уделяется абилитации и реабилитации детей и их семей, взаимодействию специалистов и родителей детей младшего, раннего и дошкольного возраста, формам его организации.

Наряду с практическими вопросами рассматриваются теоретические аспекты: модели семейных систем, проблема гуманизации процессов семейного и общественного образования детей с ОВЗ и особыми образовательными потребностями (ООП).

Учебное пособие адресовано студентам – бакалаврам высших учебных заведений, обучающихся на дефектологических факультетах, факультетах специальной психологии и коррекционной педагогики, а также широкому кругу специалистов: педагогам, психологам, социальным педагогам, работникам детских образовательных учреждений, абилитационных и реабилитационных центров, структурных подразделений «Ранняя помощь» и «Лекотека» и всем интересующимся данной проблемой.

УДК 376
ББК 74.5я7

ISBN 978-5-9906264-0-9

© Издательство «Прометей», 2015
© Вальдес Одриосола М. С., глава «Арттерапия в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья», 2015
© Московкина А. Г., 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
-----------------------	---

ГЛАВА I. ТЕОРИИ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ

1.1. Социально-экологическая модель семьи	10
1.2. Модели семейных взаимодействий	12
1.3. Жизненный цикл семьи	16
1.4. Семейные функции	17

ГЛАВА II. КОНЦЕПЦИИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Исторический аспект	20
2.2. Современные подходы к проблеме семейного воспитания	25
2.3. Концепция нормализации семейной жизни	26

ГЛАВА III. СЕМЬЯ НЕСТАНДАРТНОГО РЕБЕНКА

3.1. Реакции родителей на стресс. Социальный аспект	29
3.2. Семьи группы риска	33

ГЛАВА IV. ОСНОВЫ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

4.1. Основные положения коррекционной работы	37
4.2. Задачи сотрудничества специалистов с семьей ребенка с ОВЗ	39
4.3. Задачи родителей в коррекционном процессе	41
4.4. Обследование детей с ОВЗ и составление программ воспитания в семье	43
4.5. Контроль за эффективностью контакта родителя с ребенком на довербальном этапе	46
4.6. Режим для ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья	47

4.7. Развитие навыков самообслуживания.	50
4.8. Развитие сенсорных функций и различных видов памяти.	51
4.9. Развитие познавательной деятельности, речи и навыков общения.	56
4.9.1. Развитие игровых навыков.	59
4.9.2. Помощь ребенку в совершенствовании двигательных функций и ориентации в пространстве	62
4.9.3. Занятия по развитию речи и подготовка руки к письму.	65

**ГЛАВА V.
ПСИХОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ
С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ**

5.1. Психотерапия детей дошкольного возраста.	68
5.2. Арттерапия в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья	69
5.3. Психотерапевтическая работа с семьей	76

**ГЛАВА VI.
РЕБЕНОК С ПРОБЛЕМАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ В СЕМЬЕ**

6.1. Положение ребенка с нарушением интеллектуального развития в семье	89
6.2. Помощь специалиста в воспитании умственно отсталого ребенка в семье	93
6.3. Основные направления и формы работы специалистов ГОУ с семьями умственно отсталых детей	97
6.4. Особые формы нарушений интеллектуального развития.	99

**ГЛАВА VII.
РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В СЕМЬЕ**

7.1. Нарушение зрительных функций на первом году жизни	117
7.2. Позиция родителей незрячего ребенка.	124
7.3. Особенности психофизического развития детей с патологией зрения	126
7.4. Помощь специалистов родителям детей с нарушениями зрения	131

7.5. Общие стратегии нормализации жизни семьи незрячего ребенка	138
---	-----

ГЛАВА VIII.

РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В СЕМЬЕ

8.1. Особенности психомоторного развития детей с нарушениями слуха	140
8.2. Дополнительные нарушения у детей с патологией слуха. . .	144
8.3. Помощь специалистов родителям детей с нарушением слуха	145
8.4. Аудиологический скрининг новорожденных.	149
8.5. Кохлеарная имплантация (КИ)	151
8.6. Развитие слухового восприятия имплантированных детей.	153
8.7. Развитие экспрессивной стороны речи имплантированных детей.	155
8.8. Развитие невербальных функций имплантированных детей.	156
8.9. Инклюзивное образование детей с нарушениями слуха	156

ГЛАВА IX.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЕМ КОММУНИКАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СЕМЬЕ

9.1. Развитие общения в раннем онтогенезе	159
9.2. F84.0. Детский аутизм	161
9.3. Проявления аутизма в младенческом и раннем возрасте	163
9.4. Рекомендации по преодолению негативизма в поведении аутичных детей	165
9.5. Дифференциальная диагностика детского аутизма	169
9.6. F84.2. Синдром Ретта	172
9.7. Организация поведения аутичного ребенка в семье	177
9.8. Направления коррекционной работы с аутичным ребенком	186
9.9. Взаимодействие специалистов и родителей аутичного ребенка	187

ГЛАВА X.
РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА В СЕМЬЕ

10.1. Детский церебральный паралич	192
10.2. Ребенок с детским церебральным параличом в семье	194
10.3. Воспитание и уход за ребенком с ДЦП в семье	202
10.4. Предупреждение и коррекция нарушений речи у детей с ДЦП. Работа в доречевом периоде	212
10.5. Организация комплексной помощи детям с церебральным параличом	219

ГЛАВА XI.
РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ
В СЕМЬЕ

11.1. Причины речевых нарушений	223
11.2. Основные функции речи.	224
11.3. Оценка речевых трудностей психоречевого развития у детей раннего возраста	226
11.4. Ранняя стимуляция доречевого и раннего речевого развития	230
11.5. Подготовка ребенка к общению.	231
11.6. Логопедическая работа.	236
11.7. Основные формы работы логопеда в структурном подразделении ДООУ «Лекотека»	238
11.8. Структура логопедического занятия в условиях «Лекотеки»	240

ЛИТЕРАТУРА	242
-----------------------------	------------

ВВЕДЕНИЕ

Во второй половине XX в. в педагогике и психологии значительно повысился интерес к проблеме воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье. Растет понимание возрастающей ответственности родителей за воспитание ребенка и значения семьи как фактора, определяющего не только развитие детей, но и развитие общества в целом. Причиной роста исследований в этой области явилась гуманизация общественного сознания, проникновение идей равноправия в систему семейных отношений и их изменение. В России этот интерес был связан, прежде всего, с новыми социально-экономическими условиями. Новые условия требуют и новых гуманистических подходов и методов работы специалистов с «особыми» детьми, их семьями. **Принцип гуманистической ориентации** воспитания требует рассмотрения ребенка как главной ценности в системе человеческих отношений, главной нормой которых является гуманность. Этот принцип требует уважительного отношения к каждому человеку, а также обеспечения свободы совести, вероисповедания и мировоззрения, выделения в качестве приоритетных задач заботы о физическом, социальном и психическом здоровье ребенка.

Наиболее яркими примерами реализации гуманистической парадигмы в образовании являются признание социальной приемлемости воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в семье (своей или приемной), их право на семью и образование, наиболее глубоко затрагивающее самые широкие сферы общественной жизни. В настоящее время гуманистическая позиция в педагогике наиболее ярко реализуется через инклюзивное (включающее) образование. Для ребенка с особыми образовательными потребностями (ООП), особенно когда он подрастает, крайне важна моральная поддержка окружающих, атмосфера доброжелательности в обществе, постоянное ощущение заинтересованности в его судьбе других людей. В педагогике это достигается с помощью тезиса, что для всех обучающихся достижение прогресса состоит в том, что они могут делать, а не в том, чего не могут; использования здоровьесберегающих технологий в воспитании и обучении ребенка; формирования единого гуманно-личностного пространст-

ва семьи и детского учреждения, а также с помощью инклюзивного образования, или «образования для всех», достижения повышения инклюзивности социума.

Результат коррекционно-воспитательной работы зависит от совместных усилий родителей, специалистов – дефектологов, врачей, воспитателей, педагогов, психологов, логопедов. Инновационные гуманистические педагогические технологии воспитания и обучения «особых» детей такие, как интеграция, инклюзия, включают в зону ответственности специалистов массовых детских учреждений, родителей здоровых детей и все общество в целом.

В процессе занятий студенты-бакалавры получают сведения о воспитании в семье различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), их особых образовательных потребностях (ООП), путях их удовлетворения, современных методах работы с семьей, взаимодействии специалистов разных профилей и родителей, особенностях ранней диагностики и ранней помощи. Дисциплина связана с рядом последующих дисциплин профессионального блока, формирующих компетенции, в основе которых лежат те или иные вопросы семейного воспитания детей с ОВЗ.

Компетенции обучающихся включают, прежде всего, готовность к взаимодействию с семьями детей с ОВЗ, осуществлению психолого-педагогического сопровождения процессов социализации детей данной категории и могут быть использованы при подготовке выпускных квалификационных работ.

В результате освоения дисциплины студент должен

знать:

- теоретико-методологические и правовые основы проблемы семейного воспитания и образования детей с ОВЗ в Российской Федерации, закрепленные Всеобщей декларацией прав человека, Международным пактом по экономическим, культурным и социальным правам (ст. 13), Европейской социальной хартией (ст. 10), другими международными законодательными актами;

уметь:

- проектировать работу с семьей с учетом фазы и тяжести семейного кризиса, воспитательной позиции родителей, реализуя личностно-ориентированный подход,
- осуществлять психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ОВЗ,

- применять психотерапевтические методы в психокоррекционной работе с детьми с ОВЗ и их семьями,
- формировать положительное отношение к детям с ОВЗ и их семьям в обществе;

владеть:

- способами проектирования и осуществления психолого-педагогической поддержки семьям, воспитывающим детей с разными нарушениями в развитии,
- методами конструирования совместно с родителями развивающей среды для ребенка как средства профилактики вторичных отклонений в развитии,
- методами и приемами воспитания и обучения детей с разными нарушениями в развитии с учетом возраста и структуры дефекта, условий воспитания, структуры семьи, стратегий адаптации семьи в обществе, индивидуальных возможностей, особенностей и способностей каждого ребенка,
- методами психотерапии, в том числе арттерапии в психокоррекционной работе с детьми и их родителями.

ГЛАВА I. ТЕОРИИ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ

1.1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СЕМЬИ

Одним из важных следствий гуманистической парадигмы семейного воспитания является разработка социально-экологической модели семьи. Рассмотрение семьи именно в социально-экологическом аспекте, то есть в ее широком социальном окружении, было предложено еще в 1970 г. американскими учеными. Экологическая модель объединяет биологические параметры членов семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и ее окружения с их психосоциальными характеристиками и рассматривает семью и ее окружение как единую взаимодействующую систему, в которой все взаимосвязано и любые изменения, даже в одной какой-то части, неизбежно ведут к изменениям в остальных. Подобно понятию «границ» в теории семейных систем, в экологической модели существует понятие «проницаемости семейной системы» при интеграции с другими системами. Главная идея социально-экологической модели состоит в том, что качество взаимодействия человека с ограниченными возможностями с его непосредственным окружением (семьей, близкими людьми, специалистами) тесно связано со способом опосредования этого взаимодействия средствами более широкого социального окружения. То есть то, как складываются взаимоотношения ребенка с нарушениями развития с его близкими во многом зависит от того, как решается проблема инвалидности на уровне государства и общества в целом.

Следовательно, образ жизни отдельной семьи и семейные взаимодействия опосредуются идеалами и принципами, по которым живет общество, к которому принадлежит семья.

Структура семьи. Каждая семья по-своему уникальна: ее состав и характеристики членов семьи, процесс семейных взаимодействий различны в разных семьях и в разные периоды ее существования. При этом в контексте теории семейных систем наличие в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья рассматривается не как единственная, а лишь как одна из многочисленных особенностей структуры семьи.

Стиль взаимодействия специалистов с семьей в свою очередь опосредуется культурной и идеологической парадигмой семьи. Это особенности, связанные с этническими и расовыми факторами, различиями в религиозной принадлежности, социально-экономическим и образовательным статусом, верованиями и убеждениями, ценностными ориентациями и адаптивностью поведения.

Так в семьях с финансовой нестабильностью низкий уровень планирования будущего. В семьях, в которых умственное развитие и образование не являются главной ценностью, предпочтут оставить ребенка с ограниченными возможностями дома, если обучение сопряжено с расставанием или дальностью поездок. Авторитарный стиль воспитания реже наблюдается у представителей среднего класса, предпочитающих развивать у своих детей внутренний контроль как альтернативу слепому подчинению власти.

Преодолевая хронический стресс, связанный с воспитанием нестандартного ребенка, семья использует различные стратегии. Однако выбор той или иной стратегии семейной жизни зависит от оценки ситуации в аспекте возможностей ее изменения. Если это невозможно, приходится изменить ракурс восприятия данной ситуации, то есть примириться с ней. Все стратегии можно разделить на внутренние и внешние.

Внутренние стратегии. Пассивная позиция. Такая позиция близка к фаталистической. Она заключается в отсутствие попыток найти решение проблемы. Такое поведение основано на уверенности, что все должно так или иначе уладиться само собой. Если что-то случилось – значит так и должно было случиться – такая уж судьба.

Активная позиция. Такая позиция заключается в способности определить, какие условия можно изменить, и в активной деятельности по их изменению, а также в способности идентифицировать условия, которые в данной ситуации изменить невозможно, но, вероятно, это можно будет сделать в будущем и принять их временно как данность.

Внешние стратегии. Такие стратегии основываются на умении опираться на экстрасемейные подсистемы, на индивидуумов и учреждения, не входящие в систему семьи, то есть задействовать социально-экологическую систему семьи как можно шире.

Очень важно умение контактировать с окружающими, находить и использовать помощь других людей – соседей, друзей, других семей, имеющих или не имеющих сходные проблемы, но стремящихся помочь.

Полезной оказывается способность находить духовную поддержку – советы и помощь религиозных деятелей, участие в работе религиозных институтов.

Необходимо также умение использовать ресурсы государственной поддержки.

1.2. МОДЕЛИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Семейные взаимоотношения можно рассматривать в системе четырех понятий: подсистема, сплоченность, адаптивность, коммуникация.

Внутри каждой семьи выделяют четыре подсистемы:

Супружеская (муж – жена); в однополых браках (супруг № 1 – супруг № 2);

Родительская (родитель – ребенок);

Сибсовая (брат – сестра).

Расширенная семейная (экстрасемейная) – взаимодействие с друзьями, профессионалами и др. При этом нарушение хотя бы одной из подсистем вызывает изменение и во всех остальных. Появление ребенка с ограниченными возможностями влияет на все четыре подсистемы.

Подсистемы описывают, кто и с кем взаимодействует в семье, а сплоченность и адаптивность определяет то, как происходит это взаимодействие. Сплоченность обычно описывается с помощью двух полярных состояний: переплетенность (запутанность) – разобщенность.

Семьи, имеющие слабые границы между подсистемами, являются сильно переплетенными (запутанными). Такие семьи обычно характеризуются воспитанием детей по типу гиперопеки. Для членов такой семьи характерна гипервовлеченность в жизнь друг друга. Такая семья, имеющая ребенка-инвалида, испытывает сильный страх перед самостоятельными действиями ребенка. Это мешает развитию у него способности действовать и жить независимо в будущем. Напротив, разобщенные семьи имеют жесткие границы между подсистемами. Вовлеченность некоторых членов семьи в жизнь друг друга, больного ребенка и всех, кто его окружает, сводится до минимума. Нередко отец под разными предлогами (занятость на работе) избегает супружеских отношений, а также устраняется от родительских взаимодействий. Он оберегает себя от травм и проблем,

связанных с нарушениями в развитии ребенка, а в дальнейшем при первой же возможности уходит из семьи.

Нормально функционирующие семьи характеризуются балансом между переплетенностью и разобщенностью. В зависимости от обстоятельств члены такой семьи способны как на тесные связи, так и на определенную автономность (золотая середина).

Адаптивность (гибкость) семьи связана со способностью изменяться в ответ на стрессовую ситуацию. Ригидные семьи испытывают трудности, приспособляясь к новой ситуации, связанной с необходимостью менять весь привычный уклад жизни в связи с необходимостью заботиться о ребенке со значительными нарушениями развития. Например, жесткая роль отца-кормильца не позволяет ему разделить с женой тяжесть домашних хлопот, занятий с ребенком, если он считает это ниже своего достоинства. В этом случае мать, заботясь о ребенке, будет вынуждена посвящать ему все свои силы, оставляя без внимания проблемы остальных членов семьи, в том числе и свои. Могут возникать конфликты между супругами. Такая семья окажется подверженной дисфункциональным состояниям. Повышается риск распада семьи.

Хаотическая семья, живущая без особых правил и принципов, часто нарушает и меняет и те немногие правила, которые все же существуют. Хаотические семьи часто переходят от чувства эмоциональной близости и сплоченности к враждебности и разобщенности. Условия жизни такой семьи неблагоприятны для преодоления трудностей, связанных с воспитанием «особого» ребенка, ухода за ним, требующего подчинения жизни семьи строгому распорядку.

Увеличение нагрузки на одну из функций или ролей, выполняемых членами семьи, может негативно влиять на множество других функций или ролей, выполняемых ими. Желание родителей выполнить все предписания специалиста не всегда соответствует их подготовленности к выполнению той или иной роли. Специалисты, работающие с детьми, должны учитывать такую возможность и не создавать дополнительный стресс для семьи, возлагая на родителей такие обязанности, которые для них заведомо не выполнимы в существующих условиях. Специалисты должны ставить перед семьей только реальные задачи, исходя из ее возможностей.

Одной из наиболее известных моделей семейных взаимодействий является циркулярная модель Ольсона.

Эта модель включает в себя два основных параметра: сплоченность и гибкость в виде двух взаимно-перпендикулярных осей и дополнительный параметр – коммуникацию, который не включен графически.

Можно ожидать, что в семьях с жесткими внешними границами и слабыми внутренними между подсистемами и индивидуумами ребенок с ограниченными возможностями будет лишен самостоятельности.

В разобщенной семье ребенок с ограниченными возможностями будет чувствовать неуверенность в любви близких людей и недостаточную защищенность.

В сбалансированных семьях ребенок с ограниченными возможностями здоровья будет чувствовать любовь близких и достаточную свободу для проявления самостоятельности, защищенность, что необходимо для его оптимального развития.

Хаотичное состояние может переживать любая семья, обычно это происходит в момент семейного кризиса, но проблемным оно становится лишь в том случае, если семейная система задерживается в нем надолго.

Благоприятным для ребенка и, в первую очередь, ребенка с нарушениями развития, является структурированный тип семьи, при котором имеется демократическое руководство, учитывающее мнение всех членов семьи, в том числе мнение всех детей, независимо от имеющихся у них недостатков в развитии. Роли и внутрисемейные правила в такой семье стабильны, но с возможностью их изменения в случае необходимости.

Гибкий тип семейной системы также является благоприятным для воспитания детей, в том числе «особых», и характеризуется демократическим типом руководства, активно включающим детей. Роли разделяются с другими членами семьи, и родители меняются ролями в случае необходимости. Все члены семьи свободно общаются между собой.

Выделяют открытую, закрытую и случайную коммуникацию.

Наиболее оптимальным вариантом является первый из трех.

Семья с закрытой коммуникацией характеризуется отсутствием обсуждений каких-либо вопросов и скудным выражением эмоций.

При случайной коммуникации в семье дискутируются без разбора все вопросы, важные и пустяковые, и слишком бурно выражаются эмоции по любому поводу.

В зависимости от соотношения показателей сплоченности, адаптивности (гибкости) и коммуникации все семьи подразделяют на сбалансированные, среднесбалансированные и несбалансированные.

Только средние уровни сплоченности и гибкости (адаптивности) считаются сбалансированными и обеспечивают оптимальное функционирование семьи. Крайние значения по этим шкалам рассматриваются как проблемные. Установлено, что семьи, приходящие на консультацию к психологу, обычно относятся к крайним неблагоприятным для воспитания «особого» ребенка типам.

Сбалансированные семьи достаточно сплочены, но в то же время достаточно гибкие с доступной всем членам семьи коммуникацией в целом, легче справляются с семейными кризисами и стрессами, чем несбалансированные.

В несбалансированных семьях нарушается равновесие во взаимоотношениях. Супруги стараются вообще избегать каких-либо изменений, которые неизбежны по мере развития семейного цикла, и связанных с этим тревог и потерь либо, наоборот, взаимодействуют, но разобщенно и сумбурно.

Известные отечественные психиатры В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев считают, что неправильное воспитание является решающим фактором, который формирует личностные черты, предрасполагающие к возникновению неврастенических реакций у детей.

Так отвергающее воспитание заключается либо в чрезмерной требовательности, жесткой регламентации и контроле, либо в недостатке контроля на почве попустительства. Гиперсоциализирующее воспитание возникает на почве мнительности родителей в отношении здоровья ребенка и других членов семьи, социального статуса ребенка среди сверстников и особенно его успехов в учебе, а также социального статуса других членов семьи. Эгоцентрическое воспитание наблюдается в семьях с низким уровнем ответственности, когда ребенку навязывают представление «я большой» в качестве самодовлеющей ценности для окружающих.

Исследование семей, в которых дети страдали различными формами неврозов, позволило выделить следующие особенности воспитания:

низкую сплоченность и разногласия членов семьи по вопросам воспитания. Противоречивость, непоследовательность, неадекватность воспитания. Высокую степень опеки и ограничительства

в каких-либо сферах жизнедеятельности детей, а также частое применение угроз, осуждений в попытках повысить их успеваемость.

Очень важным для благополучия семьи является фактор коммуникации – процесса обмена информацией в семье, при котором важно, прежде всего, умение активно слушать других, ясно выражать свои мысли и оказывать эмоциональную поддержку собеседнику.

В работе А. Я. Варги описаны три неблагоприятных для ребенка патогенных типа родительского отношения: симбиотический, авторитарный, эмоционально отвергающий, связанный с отношением к ребенку как к «маленькому неудачнику».

1.3. ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ СЕМЬИ

Свою жизнь семьи, воспитывающие «особого» ребенка, описывают как череду взлетов и падений. Стресс, который переживает семья при получении диагноза, постепенно преодолевается, бывают и радостные моменты и успехи (взлеты), однако на протяжении жизни семьи в различные периоды стресс может возобновляться (падения).

Рождение ребенка – получение точного диагноза, эмоциональное привыкание к ситуации, информирование других членов семьи. Этот стресс рассматривается как самый сильный, хотя это не всегда справедливо.

Дошкольный возраст – выбор образовательного маршрута, волнения по поводу возможностей ребенка овладеть программой массовой школы.

Школьный возраст – выбор формы обучения ребенка в школе (интегрированное, инклюзивное, специализированное обучение, надомное, домашнее, дистантное), хлопоты по устройству, беспокойство по поводу принятия ребенка сверстниками и их родителями, здоровья ребенка.

Подростковый возраст – осознание хронического характера нарушения (заболевания) ребенка, решение проблем, связанных с его возросшей сексуальностью, отвержением его сверстниками как объекта влюбленности, оценка возможностей будущей занятости.

Период «совершеннолетия» – страх перед наступающей самостоятельностью сына (дочери), сомнения в его безопасном дальнейшем жизнеустройстве без продолжающейся семейной ответственности.

В условиях США имеется также период «выпуска», который обуславливает необходимость принятия решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживания, связанные с дефицитом возможностей социализации собственной семьи инвалида.

Таким образом, чтобы иметь возможность объективно рассматривать проблемы семей с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, недостаточно учитывать лишь внутрисемейные возможности и внутрисемейные факторы.

Семья является для маленьких детей лишь первичным наиболее мягким социальным окружением, так как она сама погружена в более широкий и жесткий социальный контекст: друзья, коллеги, соседи, работники детских учреждений, наконец, посторонние люди в магазинах, поликлиниках, во дворе и просто на улице. Существует концепция проницаемости семьи во взаимодействии с экстрасемейными подсистемами. Примерами могут служить ситуации, в которых семья с ребенком замкнута или открыта для получения поддержки от других семей с подобными проблемами или без них, групп поддержки, социальных институтов и каких-либо других источников помощи. Этот фактор имеет решающее значение для социальной адаптации семьи и ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

1.4. СЕМЕЙНЫЕ ФУНКЦИИ

Выполнение семейных функций является важным условием существования любой семьи и требует ее определенной независимости от экстрасемейной подсистемы.

Существует множество классификаций семейных функций как в отечественной литературе, так и в зарубежной. Однако не многие из них учитывают специфику функций семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.

Приведем одну из классификаций семейных функций. В соответствии с ней основными являются следующие: экономическая, связанная с заработной платой, оплатой банковских счетов, банковскими вкладами и другими финансовыми операциями. Удовлетворение физиологических потребностей членов семьи, связанных с приобретением и приготовлением пищи, покупкой одежды, интимной близостью, лечением и профилактикой болезней, уходом за домом. Восстановительная функция по организации индивидуального и се-

мейного отдыха, хобби ее членов. Социализация детей, связанная с развитием социальных навыков и межличностных отношений. Самоидентификация детей. Семья помогает детям увидеть свои сильные и слабые стороны, способствует развитию чувства принадлежности. Велика и воспитательная роль семьи. Именно в семье ребенок познает, что такое «хорошо» и что такое «плохо», учится различать добро и зло, познает, что такое любовь, дружба, верность. И что особенно важно, семья формирует систему ценностей ребенка, выполняя тем самым судьбоносную мировоззренческую функцию. Образовательная функция семьи связана с образованием детей и продолжением образования родителей. Наконец, семья играет важную роль в профессиональной подготовке и решении проблем, связанных с профессиональной деятельностью. Для семьи, воспитывающей «особого» ребенка, важны еще такие функции, как **коррекционно-развивающая, компенсирующая и реабилитационная**, целью которых является восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

Таким образом, понимание семьи как целостной системы позволяет распространить на нее положения, относящиеся к функционированию системных объектов:

- Семья обладает сложным внутренним строением, своей психологической структурой и специфическими функциями.
- Семья как целое определяет некоторые характеристики входящих в нее индивидов.
- Семейная система не является простой суммой составляющих ее элементов.
- Каждый индивид семейной системы влияет на других индивидов и сам находится под их влиянием.
- Семейная система обладает способностью к саморегуляции.

Понимание семьи как системы приводит, в свою очередь, к пониманию необходимости применения комплексного подхода к организации абилитации, реабилитации, клинико-психолого-педагогической коррекции нарушений развития детей, психофизиологической системы мать–ребенок, всей семейной системы в целом.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы предмет, цели и задачи дисциплины «Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье»?

2. Какие компетенции приобретают студенты-бакалавры в результате освоения данной дисциплины?
3. Что представляет собой социально-экологическая модель семьи и в чем ее сущность?
4. Какова роль семьи в воспитании ребенка с ОВЗ?
5. Как описывает семейные взаимодействия модель Олсона?
6. Какую модель семьи можно считать наиболее благоприятной для воспитания ребенка с ОВЗ и почему?
7. Назовите этапы жизненного цикла семьи, воспитывающей «нестандартного» ребенка.
8. Перечислите функции семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: просмотр видеоматериалов.

Внеаудиторная форма: подготовка мультимедийных презентаций на тему: «История семейного воспитания детей с ОВЗ за рубежом и в России», изучение и конспектирование основных и дополнительных специальных литературных источников, составление таблиц: «Этапы жизненного цикла семьи»; «Семейные функции»; «Типы семьи в разные исторические эпохи».

ГЛАВА II.

КОНЦЕПЦИИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Рассмотрим концепции семейного воспитания детей с нарушениями развития в контексте американской истории, как наиболее документированной по этому вопросу.

В истории американской семьи выделяют четыре исторических периода и соответствующие им четыре типа семьи.

В колониальном периоде американской истории (1600–1820 гг.) семья, будучи ячейкой общества, представляла миниатюрную модель государства. Это была патриархальная, авторитарная семья.

Сменившая этот период Викторианская эпоха – (1820–1915 гг.) внесла свои коррективы в жизнь общества и семьи. На этом этапе развития общества и государства преобладала предпринимательская конкурентная модель семьи. Устройство семьи идентифицировалось с деловой фирмой с разделением внешнего и внутреннего представительства между мужем и женой.

Эпоха всеобщего благоденствия (1915–1965 гг.) привнесла в семью социально одобряемые на данном этапе истории дружеские отношения между супругами. Преобладала модель семьи, основанная на взаимопонимании и поддержке друг друга ее членов. Была предложена и пропагандировалась социальными институтами так называемая партнерская модель семьи, то есть супруги идентифицировали себя с партнерами по бизнесу.

Эпоха борьбы с бюрократизмом, несправедливостью, за права угнетаемых меньшинств: женщин, темнокожих, сексуальных меньшинств и др. началась в 1965 г. и продолжается по настоящее время. Ей соответствует плюралистическая модель семьи. Эта модель приветствует разнообразие семейных укладов, равноправие супругов и их возможную однополость.

Н. Нейл и Дж. Нейл уточнили модель плюралистической семьи, сформулировав принципы гуманитарно-психологического подхода

к браку. В соответствии с этим дополнением каждый из супругов может оставаться самим собой и развивать свои таланты. Это означает, что члены семьи могут не поступаться своими интересами ради развития, спасения или продвижения по службе кого-либо из членов семьи. Это их проблемы.

Кратко остановимся на каждом из перечисленных выше исторических периодов.

Семья колониальной эпохи (1600–1820 гг.).

На этом отрезке исторического развития семья рассматривалась как сущностный аналог государства, как основа незыблемости государственных устоев. Муж, отец главенствовал в семье не только над женой, детьми, слугами, но и посторонними людьми, если у них не было семьи. Такой порядок поддерживался государственным законодательством. Все дети, рожденные в стране, принадлежали только отцу. Крепость семейных уз была высшей ценностью общества и государства.

В раннем колониальном периоде каждый одинокий человек, не имевший возможности вступить в брак, не имел права жить самостоятельно. Он должен был находиться под контролем образцовой семьи, отвечающей всем предъявляемым к ней обществом и государством требованиям. Как явствует из записей в домовых книгах, дети с нарушениями развития жили в семьях, но их воспитание в семье ограничивалось строгим контролем над ними. Хотя научное изучение семей, имеющих детей с нарушениями развития, еще в то время не проводилось, записи о них сохранились в домовых книгах.

В США в колониальные времена однополые акты карались смертной казнью. В некоторых штатах США они долго оставались тяжким преступлением, предусматривающим в некоторых случаях лишение свободы на срок до 20 лет. В 1973 г., когда Американская психиатрическая ассоциация исключила гомосексуальность из списка психических заболеваний, уголовные преследования за гомосексуальные акты некоторое время еще продолжались.

Викторианская эпоха (1820–1915 гг.).

В эпоху, которая получила название «дикого» капитализма, произошли радикальные изменения в идеологии семьи и общества в целом. Для получения максимальной прибыли капитализм подорвал основу института ремесленничества и традиции передачи мастерства. Разоренные ремесленники были вынуждены вступать в ряды наемных рабочих.

В этот период отмечается и сдвиг в социальной структуре общества, а именно переход от политической модели, основанной на управлении элитой (номенклатурой), к опоре на рыночные рычаги управления. Произошли демократические изменения и в системе выборов.

Возникло движение за реформы и религиозное возрождение 1930 г. Это было движение среднего класса за новый образ жизни и новую семью, новый моральный кодекс для своего класса. Средства массовой информации, создававшие имидж истинного мужчины (мужа) и истинной женщины (жены), предложили обществу новую модель образцовой супружеской пары, ориентированную на чистоту семейной жизни. В соответствии с этой моделью семья рассматривалась как деловая фирма, а супруги как партнеры в бизнесе с внешним (муж) и внутренним (жена) представительством. Семья была реорганизована в соответствии с предпринимательской моделью общественных отношений. Поддерживался культ мужчины-супермена, достигшего всего своими силами (self made man), а образ истинной женщины подразумевал религиозность, чистоту, покорность мужу, хозяйственность. Эти требования не относились к женщинам-эмигранткам, представлявшим собой рабочую силу на рынке труда.

Как только была введена система государственных школ, появились и программы обучения, содержащие нормативы для детей разного возраста. Стали изучаться проблемы семей, в которых дети по той или иной причине оказались вне школы. Для предпринимательской семьи дети с ограниченными возможностями здоровья являлись обузой, так как препятствовали достижению успеха в бизнесе при наличии жесткой конкуренции в условиях рыночной экономики. Поэтому считалось социально приемлемым их воспитание в специальных учреждениях. Требование контроля над ними, характерное для предыдущей эпохи, было трансформировано в экономическое требование – полезности обществу. Цитировалось высказывание доктора Гилберта Вудворта о том, что почти все идиоты могут стать лучше, физическое состояние и навыки самообслуживания у них могут быть улучшены, а те, у которых имеются какие-то способности, могут быть обучены и приносить пользу обществу, трудиться и быть счастливыми.

Эпоха всеобщего благоденствия (1915–1965 гг.).

В этот период произошло существенное изменение модели семьи. Предпринимательская модель семьи с ее ориентацией на

конкуренцию как основу выживания потеряла свою актуальность. Предлагается другая модель семьи – модель, делающая акцент на дружественных отношениях между супругами (модель партнерской семьи), постоянно подчеркивается примат взаимности, обоюдности, равноправного партнерства между супругами. Таким образом, желание единства в обществе восторжествовало над индивидуализмом, женщина, наконец, получила те же права, что и мужчина, в том числе право голоса.

На международной арене поддерживалась идея, что позиция неограниченной конкуренции между нациями является главным фактором войны. Действительно, угроза войны становилась все более ощутимой. Для достижения коллективной безопасности усилиями разных стран была создана Лига наций (ООН). В экономической области принцип конкуренции также вызывал тревогу в том смысле, что в таких условиях мог выжить только самый жестокий.

Начался поворот от модели семьи предпринимательского типа, с ее тактикой на выживание в социально-экономической сфере, к партнерской семейной модели с гуманистическим подчеркиванием зависимости личного благополучия ее членов от единства семейной группы. Наряду с этим произошли и другие изменения в общественной жизни. Так штат Иллинойс стал первым американским штатом, легализовавшим однополые акты в 1961 г. Спустя восемь лет уголовную ответственность отменил штат Коннектикут.

Изменение ценностных ориентиров в обществе привело к тому, что еще в 30–40-х гг. прошлого века возникло сомнение в эффективности специальных учреждений для детей с нарушениями развития. Считавшиеся ранее полезными специальные учреждения были признаны непригодными в современных условиях. Эти исследования были продолжены после Второй мировой войны, и снова поднимался вопрос об их низкой эффективности: низком уровне преподавания, последствиях стигматизации и навешивания ярлыков, низком уровне ожиданий со стороны учителей и родителей, формировании асоциальных молодежных субкультур. Параллельно изучались вопросы влияния ребенка с ограниченными возможностями здоровья на семейные отношения, жизнь родителей, братьев, сестер, общее благосостояние семьи; решению проблем семьи путем отказа от ребенка и помещения его в спецучреждение.

Проводившиеся исследования ставили своей целью определить круг мероприятий, направленных на облегчение тягот семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития. С этой целью изучался уровень стресса в семьях, воспитывающих детей с недостатками в развитии, психическое здоровье членов семьи, их экономические проблемы, степень стигматизации и социальной изоляции в связи с трудностями поведения ребенка. Изучали характер стрессогенных событий и способы адаптации к ним родителей. Исследования также были сфокусированы на потребностях детей, на необходимости организации их реабилитации. Были предложены нормативы здорового образа жизни для семьи партнерского типа.

В своих ранних исследованиях Фарбер показал, что ситуация в семье, имеющей ребенка с тяжелой недостаточностью, становится даже более стрессогенной по мере развития семейного цикла, то есть на его поздних стадиях. Было установлено, что наличие у ребенка недостатков в развитии влияет на адаптацию его здоровых братьев и сестер, за исключением тех случаев, когда между детьми имелаась большая разница в возрасте. Выявлено, что на протекание семейного кризиса влияет тяжесть и характер недостатков в развитии ребенка, возраст и пол членов семьи, ее социально-экономический статус, религиозность. Последний фактор может иметь решающее значение для развития семейного кризиса, который может так и не развиваться.

Был сделан вывод о критическом значении в родительских переживаниях установления медицинского диагноза. На основе этих исследований возникла теория «семейного кризиса». Позже выяснилось, что это только первый кризис. На протяжении семейного цикла кризисы имеют тенденцию повторяться и их нужно учиться преодолевать.

При этом, опираясь только на собственные силы, семья не может противостоять кризису, связанному с наличием проблем у ребенка. Это предполагало необходимость планирования и обеспечения помощи во всех областях (здоровье, образование, занятость, обеспечение жильем и специалистами), адаптированной к особым потребностям детей и их семей. Таким образом, рассмотрение семейного кризиса представило неопровержимые доказательства необходимости решения вопросов, связанных с развитием специализированной поддержки семей, воспитывающих проблемных детей.

2.2. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

Этот период характеризуется очередным изменением модели семьи.

Модель партнерской семьи оказалась неадекватной. Доказывалось, что стремление к единству в семье часто препятствует индивидуальному развитию и самореализации ее членов, заставляет их страдать и смотреть на жизнь «сквозь невидимые миру слезы», способствует закрытости интимной семейной жизни, оторванности ее от общества. Было предложено реконструировать модель семьи по следующим направлениям:

- 1) права всех членов семьи;
- 2) особое выделение прав женщин и детей для более полного развития каждого члена семьи.

Центр тяжести сместился с личного удовлетворения браком, при крепких семейных узах, на личные права, независимо от крепости семейных уз; от заботы об общих интересах к заботе об индивидуальных интересах каждого члена семьи. Одновременно и модель общества сдвинулась в сторону плюрализма с выдвиганием требований гражданских и конституционных прав. Такому обществу как нельзя более соответствовала плюралистическая модель семьи.

В 60-х гг. прошлого века отмечался заметный сдвиг в семейном праве в сторону увеличения автономности членов семьи, в том числе женщин и детей, по отношению друг к другу. В 1979–1980 гг. была разработана модель плюралистической семьи. Предусматривалась социальная политика, которая обеспечивала бы гражданские права не только обычным, но и девиантным семьям, а также более широкий выбор жизненных стилей семье в рамках демократического общества. Законодательство защищало нестандартные семьи и определяло права и обязанности лиц – членов этих семей. Также предлагалось установить ответственность за проявления гомофобии как одной из форм ксенофобии (от греч. ξένος – чужой + φόβος – страх) – страх или ненависть к кому-либо чужому, незнакомому, непривычному, которая могла стать причиной вражды по принципу национального, религиозного или социального разделения людей. В большинстве стран Северной и Западной Европы в последние годы были приняты законы в пользу гомосексуальных пар, которые получили право на заключенные однополых браков или гражданских союзов.

17 июня 2011 г. Совет ООН по правам человека впервые в истории принял резолюцию «Права человека, сексуальная ориентация и гендерная идентичность», запрещающую дискриминацию на основе сексуальной ориентации.

Германия стала одной из первых стран, разрешивших однополые браки. Сегодня здесь живет более 23 тысяч нетрадиционных пар, скрепивших свои отношения официальными узами. Многие из них воспитывают детей, своих или усыновленных. Семья в этих странах в настоящее время рассматривается как плюралистический коллектив.

Россия ввела поправки к закону об усыновлении, чтобы предотвратить попадание своих детей на усыновление в семьи с однополыми родителями или к одиноким людям.

2.3. КОНЦЕПЦИЯ НОРМАЛИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

Плюралистическая модель семьи изменила отношение к концепции семейного кризиса. Модель плохой адаптации (семьи) была заменена на модель конфронтации супругов. В прежних моделях семьи рассматривалось то, как наличие ребенка с проблемами приводит к семейному кризису. Плюралистическая модель семьи концентрирует свое внимание на том, как семья должна действовать, каковы должны быть методы, чтобы защитить своих членов и сохранить подобие нормальности.

Концепция «Стратегия нормализации семейной жизни» построена на базе плюралистической модели семьи.

Это направление исследований базировалось на социальном движении по деинституционализации и нормализации, возникшем в скандинавских странах и направленном на получение гражданских прав людьми с проблемами в развитии. Целью этих исследований было изучение общей стратегии организации семейной жизни и способах, с помощью которых члены таких семей адаптируются к внешнему миру. Если теория семейного кризиса основана на представлениях, что наличие ребенка с особыми потребностями является единственной проблемой существования такой семьи, то в рамках плюралистической семейной модели влияние «особого» ребенка на семью рассматривается лишь как один из элементов, с которым приходится считаться при организации семейной жизни. В такой семье есть и другие проблемы: родители должны зарабаты-

вать на жизнь и откликаться на потребности других членов семьи, то есть семья должна обеспечить нормальное существование всем своим членам. При планировании помощи следует учитывать трудности, которые семья испытывает, обеспечивая свои неординарные нужды.

Следует иметь в виду, что даже простые вещи могут вызывать большие трудности в семьях, имеющих, например, детей с глубокой умственной отсталостью. Родители могут нуждаться в помощи друзей, родственников, чтобы выжить физически и психически. Им нужна надежная, доступная, регулярная, неформальная помощь, облегчающая семейный стресс. Важным считается для родителей поддерживать связь с какими-либо организациями, например, ассоциациями родителей, чтобы не быть одинокими. Важность этих контактов заключается в их нормальности и дружбе, которую они порождают. Большое значение придается поддержке и пониманию со стороны соседей. Стратегия нормализации семейной жизни шире, чем теория семейного кризиса. Согласно теории семейного кризиса, основное внимание должно быть сфокусировано на дезинтеграции семейных отношений и связанных с этим последствий для членов семьи. Концепция стратегии нормализации семейной жизни акцентирует внимание на попытках сохранить подобие нормальности при взаимодействии семьи с обществом. Этот подход подразумевает, что оздоровительные гуманитарные программы должны быть направлены и на общество, чтобы изменить социальное отношение к таким семьям, что позволило бы этим семьям выжить. Таким образом, гуманность общества, отношение окружающих людей, принятие обществом ребенка и его родителей имеют решающее значение для семьи ребенка с проблемами в борьбе с трудностями и разочарованиями при воспитании детей. В настоящее время в связи с гуманистической парадигмой образования широко используются термины «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ), а также «дети с особыми образовательными потребностями» (ООП). Что же подразумевается под «особыми образовательными потребностями»? Единого общепринятого ответа на этот вопрос не существует, но большое значение в этом вопросе придается семье, отношению к ней ее ближайшего и дальнего окружения. Считается, что в основе особых образовательных потребностей ребенка лежат не только нарушения в его развитии, приводящие к нетрудоспособности. На самом деле именно негативная реакция общества на

эти нарушения ребенка делает ребенка «непригодным», порождает его стигматизацию, дискриминацию и сегрегацию, препятствуя его востребованности как на рынке труда, так и в образовательном процессе. Вот почему так важно доброжелательное, уважительное отношение в обществе к инвалидам и их семьям для их выживания. Такое понимание инвалидности описывается в рамках так называемой «социальной модели». Ее отличие от «медицинской модели» состоит в том, что в ней ответственность за бедственное положение инвалида возлагается на общество, а не на человека, имеющего недостатки в развитии, в которых он не виноват.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие концепции семейного воспитания предлагались в различные исторические эпохи?
2. В чем суть теории семейного кризиса?
3. Что такое теория нормализации семейной жизни?
4. Какое влияние может оказать современная плюралистическая модель семьи на воспитывающихся в ней детей, в том числе усыновленных однополыми родителями?
5. Какое значение имеет гуманное отношение общества для семьи ребенка с ОВЗ?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: дискуссия на тему «Современные концепции семейного воспитания детей с ОВЗ».

Внеаудиторная форма: подбор и изучение литературы, составление тезауруса дисциплины «Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье». Подготовка кроссвордов на основе тезауруса. Подготовка к контрольной работе.

ГЛАВА III. СЕМЬЯ НЕСТАНДАРТНОГО РЕБЕНКА

3.1. РЕАКЦИИ РОДИТЕЛЕЙ НА СТРЕСС. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Для обеспечения эффективной работы с родителями «особых» детей специалисты должны понимать, что переживают родители, когда узнают, что их ребенок не такой, как другие. Предлагаем краткий анализ отдельных этапов *развития* реакций после постановки медицинского диагноза, расцениваемых как семейный кризис. Такие реакции возникают не у всех родителей. Не обязательно, что они возникают в таком порядке. Но это случается в большинстве случаев.

Отрицание. Наиболее типичная реакция родителей на поставленный врачом диагноз о наличии у ребенка отклонений в развитии – неверие в существование болезни. Это естественная защитная реакция на стресс, обусловленный диагнозом ребенку, который был воспринят как приговор. Члены семьи сомневаются в компетентности врача и ищут возможность получить консультацию других специалистов в этой области. В основе такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Даже понимая чувства родителей, на этом этапе мало чем можно им помочь. В то же время несомненно, что длительная задержка в признании родителями диагноза нежелательна, так как может лишить ребенка своевременного лечения и необходимой ему медицинской и педагогической помощи. Отсутствие медицинской помощи в некоторых случаях может помешать спасти ребенка от тяжелых последствий болезни, например, когда требуется экстренное (диетическое) лечение младенца, при фенилкетонурии. Задача специалистов сделать все возможное, чтобы помочь семьям не задерживаться долго в кризисной ситуации и как можно раньше переходить к деятельности по активной помощи своему ребенку.

Гнев – это тоже одна из наиболее часто встречающихся защитных реакций родителей на раннем этапе осознания ими состояния ребенка. Обычно он возникает на почве ощущения беспомощности, безысходности и разочарования как в самом себе и своей супруге,

так и в своем ребенке. В некоторых случаях гнев родителей оправдан, особенно если специалисты, по их мнению, были недостаточно компетентны в вопросах, касающихся состояния и перспектив ребенка. С другой стороны, это состояние становится неестественным, если длится слишком долго или несправедливо направлено на врача или ребенка. Столкнувшись с проблемой проявления родительского гнева, специалисты должны уметь смягчить его, например, как можно раньше привлечь родителей к работе по оказанию помощи ребенку, познакомить с другими семьями, имеющими детей со сходными проблемами, информировать родителей о реально существующих источниках помощи.

Чувство вины. Неуместное чувство вины – это тоже часто встречающаяся реакция родителей на сообщение врача об особенностях их ребенка. По мнению Ханса Гарднера, зачастую оно перерастает во всепоглощающее страдание и переживания родителей по поводу их проступков и мнимых ошибок, которые, как они полагают, и привели к заболеванию ребенка.

Эмоциональная адаптация. Это заключительный этап своеобразной адаптации родителей. Именно на этом этапе родители «умом и сердцем» принимают болезнь своего ребенка. И хотя на этом этапе тоже случаются кризисные моменты, тем не менее, родители уже выработали позитивные установки как по отношению к самим себе, так и к своему ребенку, что позволяет им сформировать у себя такие навыки, которые помогут им в дальнейшем обеспечить будущее своего ребенка.

Все люди знают о вероятностном характере трагических событий: несчастье может произойти когда угодно и с кем угодно, и это вызывает сочувствие, сопереживание либо злорадство в зависимости от отношения к пострадавшему. Если это происходит, то травматизация пострадавшего неизбежна. Такие чувства испытывают большинство матерей, родивших больных детей. Они нередко переживают их в одиночку, реже с близкими людьми. Иногда эти чувства изливаются на специалистов: медицинский персонал, психологов, педагогов. К этому следует отнестись с пониманием, такой этап, по мнению психологов, необходим для возвращения к реальности и принятию ребенка таким, какой он есть. На это может уйти от полугода до года. Однако не все матери переживают все чувства именно в таком порядке. Возможна задержка на какой-либо стадии, когда мать продолжает неадекватно относиться к своему ребенку.

Как ей помочь? Задача педагога-дефектолога помочь матери пройти вместе с ним описанные стадии переживания психологической травмы. Если этого не происходит, то подавленные эмоциональные реакции могут на подсознательном уровне спонтанно проявляться в семейных отношениях и воспитании ребенка.

Личностные нарушения нередко могут выявляться у матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Часто это выражается в постоянном беспокойстве матери за здоровье своего ребенка. Способность справиться со стрессовым событием зависит от ценностных ориентаций семьи, ее отношения к стрессовой ситуации, смысла, которым члены семьи наделяют то или иное событие.

Наиболее важным для снижения семейного стресса является выбор внутренней стратегии поведения. В ситуациях, когда члены семьи ограничены в ресурсах и выборе альтернатив своего развития, их стратегией часто является лишь пассивное принятие того, что происходит – «на все воля Божья». Стратегия «все само собой образуется» исключает возможность изменений к лучшему, поддерживает сложившуюся ситуацию, сохраняет трудности и углубляет стресс. Семьи с активной ориентацией стараются решить многие проблемы, которые им под силу, и контролировать ситуацию, принимая лишь те обстоятельства, которые в данный момент изменить невозможно. В то время как семьи с фаталистической ориентацией принимают все, что бы ни происходило, как неизбежное. Постоянное чувство вины, боязнь обвинений со стороны окружающих приводят к пассивной изоляции, вызывают чувство беспомощности и безнадежности.

Как уже отмечалось ранее, к числу социальных факторов нарушений развития у детей относится уровень толерантности по отношению к «нестандартным детям» в обществе. Если роль воспитания можно определить как передачу культуры, то родители, чьи дети отвергнуты культурой, оказываются лишенными своего предназначения и вынуждены растить своих детей в социальном вакууме.

Социальная оценка инвалидности, как непригодности, делает маргинальным характер социальной жизни ребенка. Таким образом, термин «ограничение возможностей» следует понимать как процесс, в котором немаловажную роль играют факторы социальной среды, углубляющие или компенсирующие первичные дефекты развития.

Важнейшая общечеловеческая ценность, на которой основывается сегодня социальное развитие во всем мире, – это доброжелательное гуманное отношение к людям, не похожим на остальных, восприятие детей с нарушениями развития, прежде всего, как просто детей. Это, в свою очередь, требует соблюдения ряда условий: предоставление детям с ограниченными возможностями равных прав и особых условий для развития, обучение их навыкам самостоятельной жизни, независимости, умению отстаивать свои права. Эффективность реабилитационной работы во многом зависит от отношения специалистов и рядовых членов общества к тому, что дети с ограниченными возможностями тоже имеют способности и равные права со здоровыми. Основой успешного взаимодействия специалистов и родителей в целях максимального удовлетворения особых образовательных потребностей ребенка являются открытость и гуманность, профессионализм и ответственность во всей системе отношений между ребенком, семьей, специалистом и обществом.

Широкое окружение семьи (соседи, прохожие, дети во дворе, профессиональные работники) представляет важный фактор, который может играть как позитивную, так и негативную роль в развитии стресса. Каждая из таких встреч может иметь как стрессогенный, так и терапевтический эффект в зависимости от того, как строятся отношения и взаимопонимание участников в процессе их взаимодействия.

Если семья реагирует на стресс недостаточно гибко и становится несбалансированной, то возникает опасность дисфункции, то есть патологического функционирования семьи вплоть до жестокого обращения с детьми, разрушения психического здоровья членов семьи, ухудшения или распада внутрисемейных отношений.

Несмотря на это, в настоящее время социально-приемлемым считается воспитание детей с ограниченными возможностями в семье. Это определяет хроническую стрессовую ситуацию во многих семьях, даже в тех, которые, на первый взгляд, кажутся благополучными. С другой стороны, специальные исследования показали, что отрицательные последствия воспитания детей грудного и раннего возраста в учреждениях закрытого типа возникают не из-за отсутствия ухода, а являются следствием недостаточности эмоциональных контактов и совместной деятельности ребенка со взрослым, а также недостаточной сенсорной и социальной стимуляции ребенка в подобных учреждениях. Возникает также вопрос: не препятствует ли

множественность лиц, заменяющих ребенку мать в домах ребенка, своевременному развитию его личности? Большинство ученых пришли к выводу, что не так важно, сколько человек окружают ребенка – главное, чтобы кто-то из них неформально относился бы к малышу, выражал ему любовь и заботу, обеспечивал воздействия, стимулирующие его развитие.

Специалисты, которые занимались этой проблемой, отмечали в своих выводах, что и в семье могут возникать условия, которые существенным образом не отличаются от условий в учреждении, и что ребенок может страдать в результате разлуки с матерью, хотя он физически с ней не разлучен (например, с депрессивной или с психопатической, холодной матерью, злоупотребляющей психоактивными веществами). Решается эта проблема с помощью семейных детских домов и разных форм усыновления.

3.2. СЕМЬИ ГРУППЫ РИСКА

Крайне неблагоприятное влияние на развитие больного ребенка оказывают неуважительные, грубые отношения супругов друг к другу, выражающиеся в скандалах и драках. Обычно такие супруги оба происходят из пьющих семей, в которых были приняты физические наказания детей и драки взрослых.

Специальные исследования показали, что наиболее неблагоприятные условия создаются в семьях, в которых родители страдают психическими заболеваниями, злоупотребляют алкоголем и наркотиками, ведут асоциальный образ жизни. Именно в этих семьях дети обычно имеют низкий вес при рождении и более низкие показатели психического развития по сравнению со сверстниками. Именно у этих детей уже в раннем возрасте отмечаются проявления отставания психомоторного развития, повышенная возбудимость, нарушения сна и аппетита, в дальнейшем признаки двигательной расторможенности, гиперактивного поведения, трудности обучения, а в дальнейшем признаки социальной незрелости и различных форм дезадаптации в обществе.

Неблагоприятно на развитие ребенка влияет и педагогическая несостоятельность родителей, которая наиболее ярко проявляется в применении к детям физических наказаний. Некоторые родители искренне считают физические наказания лучшим методом воспитания послушания, уважения к взрослым, обществу и стимулом

к обучению. Наблюдения показывают, что физические наказания наиболее часто применяются к детям с гиперактивным поведением.

Родители, склонные к физическим наказаниям своих детей, как правило, отличаются повышенной возбудимостью, агрессивностью, импульсивностью, психической незрелостью, эгоцентризмом. Это обычно те родители, которых самих наказывали в детстве. Таким образом, традиции физических наказаний могут передаваться из поколения в поколение, то есть иметь циклический характер. Наиболее часто физические наказания применяются пьющими родителями. Многие из них нуждаются в систематической помощи врачей – психиатра и психотерапевта. Применение семейной психотерапии, включающей аутотренинг, помогает многим из этих родителей лучше контролировать свое поведение и предупреждает появление у них импульсивности и агрессивности по отношению к своим детям.

Существуют и другие неблагоприятные для ребенка формы поведения родителей в семье. Так, некоторые родители, обеспечив ребенка всем материально, подсознательно «отвергают» его.

Это выражается в отсутствие интереса к ребенку, недостаточности взаимодействия с ним. Такое отношение к детям нередко наблюдается, в частности, у отцов детей с ранним детским аутизмом. Родитель, который подсознательно «отвергает» своего больного ребенка, может эпизодически допускать с ним грубое обращение, а иногда и физические наказания. Особо неблагоприятное воздействие на больного ребенка могут оказывать такие формы психологического отвержения, которые заставляют детей думать, что они «плохие», «недостойны родительской любви и внимания». В этих случаях у детей формируется пониженный фон настроения, пониженная самооценка, неуверенность в себе, пассивность.

«Отверженные» дети страдают от недостатка эмоционально-положительной стимуляции со стороны родителей. Это еще в большей степени вызывает у них задержку развития речи и социальных навыков, усугубляет задержку развития активных познавательных форм поведения и любознательности. У этих детей чаще всего наблюдается склонность к депрессивным состояниям. Психологическое отвержение усиливает или определяет моторную и интеллектуальную недостаточность ребенка, формирует у него повышенную тревожность, склонность к страхам и фантазиям, усугубляет трудности обучения, способствует нарушениям сна, аппетита, может явиться причиной стойкого энуреза.

Неблагоприятное влияние на развитие психики ребенка оказывает и чрезмерная опека его родителями. Многие родители, жалея своего больного ребенка, испытывая неосознанное чувство вины перед ним, чрезмерно опекают его и балуют, стремятся все сделать за него, предупредить каждое его желание. Такой вид воспитания часто встречается в семьях детей с церебральным параличом. В этих случаях дети растут пассивными, несамостоятельными, неуверенными в себе, эгоцентричными. Для них характерна психическая и особенно социальная незрелость, которая охватывает все сферы деятельности ребенка и препятствует его социальной адаптации.

Семейный алкоголизм. Внутривутробное развитие будущего ребенка начинается с момента оплодотворения. Состояние опьянения в момент зачатия может крайне отрицательно отразиться на здоровье будущего ребенка, так как алкоголь опасен не только для созревающих половых клеток, но может сыграть свою «роковую роль» и в момент оплодотворения вполне нормальных половых клеток. Характерными признаками алкогольного синдрома плода (АСП) являются отставание в росте, нарушения со стороны ЦНС, аномалии развития лицевого черепа, конечностей, грудной клетки, почек, наружных и внутренних гениталий, пороки сердца. Задержка роста отмечается у 95% детей с АСП. В постнатальном периоде отставание в росте сохраняется. Множественные функциональные и органические нарушения ЦНС обнаруживаются у 80% детей с АСП. Они выражаются в микроцефалии, гидроцефалии, нарушении миграции нейронов и клеток глии, дисплазии мозжечка, изменениях ЭЭГ, нарушении координации движений, повышенной раздражительности, гиперактивности.

Весьма характерными являются дисплазии: гипоплазия середины лица, узкая и короткая глазная щель, микрофтальмия, низко посаженные уши, маленький курносый нос, гипоплазия верхней и нижней челюсти, аномалии развития рук, ног, суставов, воронкообразная грудь.

Среди детей алкоголиков по крайней мере 29% психически больных, 5% умственно отсталых, 8% плохо успевают в школе. До девятилетнего возраста для них характерны реакции астенического типа (вялость, заторможенность), которые в 10–14 лет могут смениться патологическим развитием личности, озлобленностью, агрессивностью.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какая семейная система является наиболее благоприятной для воспитания «особого» ребенка?
2. Какие изменения модели семьи и системы образования происходят в настоящее время?
3. Какое значение в воспитании ребенка имеет активная позиция родителей?
4. Как относятся к семье, воспитывающей «особого» ребенка, в обществе?
5. Какие типы воспитания неблагоприятно воздействуют на здоровье и психическое развитие ребенка?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: дискуссия на темы: «Какая семья нужна ребенку с ОВЗ» и «Какова эффективность консультирования семьи в острой фазе семейного кризиса».

Внеаудиторная форма: анализ основных и дополнительных литературных источников; составление таблиц «Реакции родителей на рождение детей с ОВЗ» и «Фазы семейного кризиса».

ГЛАВА IV.

ОСНОВЫ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

4.1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

В процессе проведения коррекционной работы в условиях семьи необходимо соблюдать права ребенка, закрепленные в Конвенции о правах ребенка: право на образование, направленное, прежде всего, на развитие личности, умственных и физических способностей человека, воспитание уважения к правам человека в свободном обществе, в частности, к праву ребенка на сохранение своей индивидуальности.

Включать в коррекционные занятия всех, в том числе и самых тяжелых детей с множественными отклонениями в развитии, разрабатывая для каждого из них индивидуальную коррекционно-развивающую программу.

При оценке динамики продвижения ребенка сравнивать его не с другими детьми, а, главным образом, с самим собой на предыдущем уровне развития.

Создавать для ребенка атмосферу доброжелательности, психологической безопасности. Педагог должен стремиться к безоценочному принятию ребенка, пониманию его ситуации.

Корректно и гуманно оценивать динамику продвижения ребенка. Педагогический прогноз строить на основе педагогического оптимизма, стремясь в каждом ребенке найти сохраненные психомоторные функции, положительные стороны его личности, на которые можно опереться в педагогической работе.

Диагноз и прогноз должны быть предметом профессиональной тайны специалистов. Это важное деонтологическое условие профессиональной этики медицинского и педагогического персонала.

При проведении коррекционно-развивающего обучения важно усиливать и развивать положительную уникальную неповторимость каждого ребенка, его индивидуальные способности и интересы, помогая ему осознать свою самооценку, развить чувство самоуважения с учетом реального осознания своих трудностей и проблем.

Разрабатывать динамичную индивидуальную коррекционно-развивающую программу для каждого ребенка совместно с родителями. Стимулировать умственное развитие с опорой на психическое состояние радости, спокойствия, раскованности. Постепенно, но систематически включать ребенка в оценивание своей работы.

Учить ребенка осуществлять перенос сложившегося способа действия в сходные условия, переключаться с одного способа действия на другой, выполнять задания с проявлением творчества и изобретательности.

При разработке специальной методики дошкольного воспитания и обучения детей с особыми образовательными потребностями необходимо: опираться на общие закономерности возрастного развития как в условиях нормативного развития, так и в условиях патологии. Соблюдать основные принципы методического подхода к воспитанию и обучению: создавать специальные условия для обеспечения мотивационной стороны деятельности. Осуществлять коммуникативную направленность обучения. Строго индивидуализировать обучение. Всесторонне развивать у ребенка все продуктивные виды деятельности: лепку, рисование, ручной труд, аппликацию и т. п.

Относиться к родителям детей как к партнерам при организации различных форм лечебно-коррекционного процесса.

В коррекционной работе использовать особые приемы и методики с опорой на различные виды деятельности – предметно-практическую, игровую, элементарно-трудовую, но основное внимание уделять игре как ведущей деятельности дошкольного этапа развития:

- Разрабатывать различные методики с учетом возраста, особенностей развития и структуры нарушения.
- Соблюдать принцип ранней стимуляции психомоторного развития.
- Оказывать квалифицированную психотерапевтическую поддержку родителям.
- Помогать близким взрослым создать развивающую комфортную семейную среду для ребенка.
- Создавать условия для активного участия родителей и замещающих их лиц в воспитании и обучении детей.

- Формировать адекватные взаимоотношения в родительской и детско-родительской семейных подсистемах.
- Соблюдать принцип комплексного подхода к диагностике и коррекции с привлечением специалистов разного профиля.
- Соблюдать принцип сотрудничества во взаимоотношениях специалистов с родителями и детьми, являющимися партнерами в коррекционном процессе.
- Соблюдать принцип учета интересов в работе с семьей, что означает поддержку заинтересованности родителей в сотрудничестве.

4.2. ЗАДАЧИ СОТРУДНИЧЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА С ОВЗ

Главной задачей специалистов при их взаимодействии с семьей больного ребенка является не только выдача рекомендаций по лечению и воспитанию ребенка, но и создание таких условий, которые максимально стимулировали бы членов семьи к активному решению возникающих проблем. Только в этих случаях выработанные в процессе сотрудничества со специалистами решения родители считают своими и более охотно внедряют их в собственную практику воспитания и обучения ребенка.

Специалисты информируют родителей и обсуждают с ними результаты своих обследований и наблюдений. Родители должны знать цели и ожидаемые результаты индивидуальной программы реабилитации ребенка. С самого начала знакомства необходимо определить желание и готовность родителей сотрудничать со специалистами разных профилей и объем коррекционной работы, который они способны освоить. Родителей необходимо готовить к сотрудничеству со специалистами, требующему от них немало времени и усилий. Не только дети, но и родители нуждаются в поддержке и одобрении, так как результаты будут видны не сразу и родителям может показаться, что их усилия потрачены впустую. В неблагополучных семьях организация сотрудничества с родителями является особенно трудной задачей.

При разработке индивидуальной программы реабилитации, прежде всего, необходимо ознакомить родителей с особенностями заболевания ребенка.

Родители и специалисты в процессе воспитания «особого» ребенка ставят перед собой коррекционные задачи, соответствующие возрасту ребенка.

Известно, что в процессе развития ребенка отмечается взаимовлияние функциональных систем. Особенно это влияние выражено в раннем возрасте. Так, на первом году жизни психическое развитие малыша тесно связано с развитием его сенсорных и моторных функций. Поэтому развитие сенсомоторных функций в процессе эмоционально-положительного взаимодействия ребенка с матерью составляет основу формирования у него всех психических функций: речи, внимания, памяти, целенаправленной деятельности, эмоциональной сферы, мышления и сознания.

Сенсомоторное воспитание направлено на развитие органов чувств и моторики малыша одновременно.

Развитие зрительного сосредоточения и прослеживания предметов ведет к появлению у малыша положительных эмоций – первой улыбки, первых голосовых реакций.

При этом маме следует радовать малыша, обогащать его световыми впечатлениями, показывая игрушки разного цвета, подвешивая их над кроваткой. Для привлечения внимания ребенка к игрушке взрослый приводит ее в движение, потряхивая и перемещая в пространстве.

У некоторых детей с нарушениями в развитии, особенно при внутреннем косоглазии поле зрения может быть сужено. Такой ребенок привыкает пользоваться ограниченным полем зрения. В этих случаях с помощью игрушек у ребенка следует стимулировать недостаточные движения глазных мышц, располагая игрушки и яркие предметы в направлении дефектного движения и активизируя развитие этого движения.

Уже в конце первого года жизни малыша следует знакомить с формой, величиной и цветом предметов, обучать его простым предметным действиям.

Для психического развития ребенка важное значение имеет взаимосвязь развития действий с предметами и речи. Известно, что действенный анализ и синтез предшествует развитию речи и словесному способу познания, однако в формировании представлений уже необходимо участие речи.

Отставание в развитии речи приводит к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов.

При воспитании ребенка необходимо учитывать особенности его поведения в кризисные периоды.

К возрасту трех лет речь начинает занимать центральное место в психическом развитии ребенка. К трем годам ребенок начинает говорить о себе в первом лице, у него формируется чувство «я», то есть возможность выделения себя из окружающего мира.

В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки же родителей относиться к нему как к малышу вызывают у него чувство протеста. Если родители упорно подавляют самостоятельность ребенка, у него формируется упрямство и стремление все делать наоборот, впоследствии становящиеся правилом.

Особенности поведения ребенка в этот период развития во многом зависят от отношения к нему взрослых. Упрямство и негативная форма поведения направлены в первую очередь против взрослых, которые постоянно ухаживают за ребенком и особенно если они чрезмерно его опекают, чаще это мать или бабушка.

Этот этап развития рассматривается как кризис трех лет. На этом возрастном этапе формируется особое психологическое новообразование – обособление себя от окружающих, что имеет важное значение для личностного развития ребенка.

Вместе с тем у детей с особыми проблемами в развитии в этот период наиболее резко проявляются психопатологические нарушения. Например, обособление себя от окружающих может принимать болезненный характер у детей с ранним детским аутизмом (РДА). Не случайно, что это отклонение в развитии наиболее ярко манифестирует в возрасте трех лет.

4.3. ЗАДАЧИ РОДИТЕЛЕЙ В КОРРЕКЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

Задачи родителей в коррекционном процессе зависят от возраста ребенка. В возрасте 0–3 года родители стимулируют психофизическое развитие ребенка с помощью эмоционально-теплого общения, тактильных стимулов, зрительных и слуховых стимулов. В игровой форме производится стимуляция двигательной активности, речевой активности, развития пространственной ориентировки и схемы тела. Мать ведет дневник наблюдений, организует охранительный режим для ребенка.

В возрасте 3–4 лет у ребенка развивают внимание, память, мышление, речь, общую и мелкую моторику, формируют навыки общения и расширяют круг общения, формируют навыки самообслуживания и гигиены, организуют ролевые и сюжетно-ролевые игры, привлекают детей к труду, расширяют представления ребенка об окружающем мире, организуют его отдых, выбирают детское дошкольное учреждение и участвуют в организации совместной работы с его специалистами. Родители организуют охранительный режим для ребенка и ведут дневник наблюдения.

В возрасте 5–6 лет родители ребенка совместно со специалистами готовят ребенка к школе, организуют его режим дня. Ребенок участвует в распределении и обсуждении обязанностей. Родители формируют у ребенка трудовые навыки и приучают его к самостоятельности. Родители совместно со специалистами выявляют и развивают интересы и творческие способности ребенка, продолжают расширять представления ребенка об окружающем мире, ведут дневник наблюдения.

Основными задачами родителей – участников реабилитационных программ – являются:

- создание дома спокойной доброжелательной атмосферы с теми режимными ограничениями, которые продиктованы состоянием ребенка;
- обеспечение своевременного приема ребенком предписанных ему медикаментозных средств, наблюдение за их действием и информирование об этом врача;
- постоянное наблюдение за соматическим и психологическим состоянием ребенка с ведением дневника наблюдения;
- овладение основами специальной педагогики и психологии, навыками проведения в домашних условиях занятий по ранней стимуляции, коррекционному развитию и воспитанию, а также обучению своих детей;
- овладение основами правовых знаний, относящихся к правам инвалидов и детей группы риска по отклонениям в развитии;
- участие в деятельности общественных объединений и организаций родителей детей с нарушениями в развитии;
- родителям необходимо знать особенности развития ребенка, сформировать адекватную самооценку, правильное отношение к дефекту, волевые качества, включать в жизнь ребенка посильную игровую деятельность; при посещении ребенком детского учреждения родители продолжают с ним работать.

Помощь в воспитании и обучении родители получают у специалистов, ведущих ребенка. Кроме того, они могут обратиться в консультативные группы, лекотеки, службы ранней помощи, которые организуются при специализированных детских садах, реабилитационных центрах. Основными задачами таких групп являются проведение коррекционной работы с детьми, обучение родителей, оказание психотерапевтической помощи. Основная форма организации – индивидуальные занятия и занятия малыми группами с обязательным присутствием родителей.

4.4. ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ И СОСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ

Прежде чем приступить к коррекционной работе с ребенком, необходимо выявить, какими знаниями, представлениями и умениями в пределах данной темы он владеет и какие проблемы у него имеют место.

Необходимо четко определить цели, которые желательно достичь в процессе обучения. Перед началом обучения тщательно обследуют ребенка и составляют этапную индивидуальную программу обучения. На начальной стадии обучения большинство заданий можно и нужно выполнять в процессе повседневного ухода за ребенком.

Для того чтобы помочь ребенку показать себя с лучшей стороны, следует:

- предлагать ребенку короткие задания, стараясь делать их более разнообразными, чередовать разнообразные виды деятельности;
- начинать и заканчивать каждую серию заданий ситуацией успеха;
- сочетать новые более трудные задания с уже известными заданиями, более легкими;
- оценивать навыки самообслуживания в соответствующей обстановке;
- привлекать членов семьи к оценке сформированных навыков;
- помнить, что регулярные оценки выполнения заданий помогут вам проследить динамику достижений;
- стараться проводить оценку достижений ребенка в развитии в виде интересной игры;
- включать в программу обучения развитие нескольких навыков, которые способствовали бы дальнейшему развитию какой-ни-

будь одной из относительно сохранных функций. Таким путем у ребенка легче может появиться интерес к занятиям;

- составлять план занятий примерно на 2–3 недели с помощью педагога.

В процессе обучения могут возникнуть определенные трудности, к которым родители должны быть готовы. Например, когда ребенок может, но не хочет выполнять задания. В таких случаях ребенка необходимо, прежде всего, научить подчиняться требованиям взрослых.

Известно также, что наиболее часто невыполнение заданий может быть связано с нарушениями внимания.

Предлагается три главных ступеньки, преодолевая которые ребенок учится концентрировать внимание:

1. Концентрация внимания на человеке – обычно путем поддержания зрительного контакта.

2. Концентрация внимания на предмете или звуке.

3. Концентрация внимания на предмете одновременно с другим человеком (так называемое «совместное внимание»). Развитие совместного внимания имеет важное значение для психического развития ребенка. Без этого навыка ребенок не научится овладевать социальными навыками и навыками общения, а также в дальнейшем и навыками тонкой моторики и общения.

Процесс обучения ребенка родителям следует сделать трехступенчатым:

1. Вначале ребенку объясняют, что он должен делать.

2. Затем при необходимости оказывают ту или иную помощь.

3. Создают ситуацию успеха и поощряют за выполненное задание.

Для выяснения фактического уровня знаний ребенка может проводиться вопросно-ответная беседа. В дальнейшем, в ходе коррекционных занятий, знания и представления будут уточняться.

Каждому ребенку, особенно если он имеет тяжелые нарушения речи, моторики, поведения, необходимо помочь найти адекватные способы общения со взрослым путем игрового контакта; малыша необходимо заинтересовать обследованием, усложнение заданий следует подбирать так, чтобы это не требовало от ребенка новых форм ответных реакций. Формы и характер ответных реакций не должны влиять на общую оценку уровня умственного развития ребенка. Методы обследования следует обязательно подбирать с учетом нарушения. Так, детям с речевыми нарушениями можно давать

многие задания с помощью показа, не требуя от них речевого ответа.

При обследовании детей с повышенной нервной возбудимостью, негативизмом, агрессивным или импульсивным поведением вступление с ними в контакт может оказаться невозможным. В этих случаях используется метод наблюдения за поведением и игрой ребенка на специально подобранном для него материале.

Следует учитывать, что у некоторых детей с ранним органическим поражением мозга, например у детей с гидроцефалией, непродуктивность в игровой деятельности и при выполнении специальных заданий может быть связана с повышенной психической истощаемостью и, в связи с этим, с низким мотивационным уровнем. Ответы этих детей могут отличаться большой неравномерностью. Поэтому эти дети нуждаются в дозированном по времени обследовании, в стимуляции к выполнению задания, похвале, одобрении. При обследовании детей раннего возраста желательно присутствие матери.

Индивидуальные программы коррекционно-развивающего обучения в семье ребенка составляются совместно специалистами и родителями.

Примеры краткосрочных программ.

Индивидуальная программа воспитания. обучение Вити Д. 3-х лет.
Диагноз: Задержка речевого и психического развития.

Результат обследования: ребенок ходит самостоятельно достаточно уверенно, но не прыгает, не развита тонкая ручная моторика. Говорит отдельные слова, понимает обращенную речь. Родителей больше всего волнует отставание в развитии речи.

Программа для родителей включает в себя развитие общей и речевой моторики.

Необходимо развивать общие движения, учить прыгать, ходить, опираясь на пятку, затем на носок. Стоять на одной, на другой ноге, сохранять равновесие, развивать моторику рук. Формировать пальцевый захват мелких предметов. Использовать различные игры со звукоподражанием (кто как кричит).

Для стимуляции речевого развития необходимо обогащать пассивный словарь: учить показывать в альбоме фотографии близких. В книжках показывать предметы, которые называет взрослый. Развивать и закреплять навыки самообслуживания. Формировать и стимулировать предметно-игровую деятельность.

Учить выделять «большой» и «маленький». Формировать предметно-игровые действия. Развивать интерес к сюжетным играм.

Важно, что успех лечебно-педагогической, коррекционно-развивающей работы определяется не только дифференцированностью подхода к каждому ребенку с учетом возраста, специфики отклонений в развитии, соматического, неврологического и психического развития, но и учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка, использованием лично ориентированного и деятельностного подходов.

4.5. КОНТРОЛЬ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ КОНТАКТА РОДИТЕЛЯ С РЕБЕНКОМ НА ДОВЕРБАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Для того чтобы помочь родителям установить эффективный контакт с ребенком на довербальном этапе развития, следует обратить внимание на следующие моменты:

- ждет ли родитель сигнала от ребенка (плач, гуление) перед тем как удовлетворить его потребности;
- следит ли родитель за взглядом ребенка и называет ли предмет его интереса;
- имитирует ли родитель звуки и действия ребенка;
- изменяет ли слова в разговоре, затем ждет ответа (вербального);
- меняет ли родитель ситуацию, играя с ребенком (без слов), совершая действия с игрушками;
- объясняет ли родитель сигналы ребенка как желание общения, например: ребенок протягивает руки, родитель спрашивает: «Ты хочешь на ручки?»;
- использует ли родитель бессловесные указания, чтобы добиться ответа, например: мимикой лица, изменяя голос;
- бывает ли родитель иногда требовательным, общаясь с ребенком.

При общении на вербальном уровне важно выяснить:

- дает ли родитель только одно указание на каждое задание;
- дает ли родитель ребенку время на ответ по каждому заданию, прежде чем вмешаться;
- если ребенок не отвечает, повторяет ли родитель указание, а затем физически помогает ребенку выполнить его;
- если ребенок отвечает правильно, реагирует ли родитель улыбкой, прикосновением и/или разговором с ребенком, обсуждая положительно проделанное задание;
- даются ли указания в простой и ясной форме или они сложны;

- моделирует ли родитель нужное поведение во время разговора и/или игры с ребенком;
- соответствуют ли используемые материалы заданию и возрасту ребенка;
- подкрепляет ли родитель внимание ребенка во время и между заданиями;
- меняет ли родитель выражение лица и интонацию при разговоре с ребенком.

Информация для родителей.

Приступая к занятиям с ребенком, прежде всего родителям следует посоветоваться с профессионалами – педагогом и врачом-психоневрологом, чему, прежде всего, учить ребенка. Основная задача обучения определяется с учетом специфики сохранных и нарушенных функций, ведущего дефекта развития, состояния интеллекта, моторики, уровня речевого развития и медицинского диагноза.

4.6. РЕЖИМ ДЛЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

У детей с отклонениями в развитии обычно наблюдается более низкая работоспособность ЦНС, поэтому они прежде всего нуждаются в достаточной продолжительности сна. От 1 года до 3–4 лет ребенок должен спать не менее 14–15 часов в сутки.

Надо помнить о больших индивидуальных различиях в работоспособности ЦНС этих детей. Поэтому при отклонениях в развитии, сочетающихся с общей физической ослабленностью, гидроцефалией, эпилептическими припадками, общая продолжительность сна может увеличиваться. В этих случаях решать вопрос о продолжительности сна следует только с врачом.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья крайне важно, чтобы все промежутки дня между кормлениями, сном, гигиеническими и лечебными процедурами, а также специальными занятиями были заняты доступной и интересной для них деятельностью.

Дети с отклонениями в развитии часто отличаются повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям, особенно к болезням верхних дыхательных путей. Они хуже, чем здоровые сверстники, приспосабливаются к изменяющимся усло-

виям внешней среды и, прежде всего, к температурным и атмосферным изменениям.

Воспитание ребенка с нарушениями в развитии неразрывно связано с укреплением его здоровья. Прежде всего следует наладить режим его сна и питания. Не следует приучать ребенка спать на руках у матери. Это допустимо в самых исключительных случаях, например, когда малыш болен. Укладывать ребенка спать следует в одно и то же время. Если у него с большим трудом вырабатывается биологический ритм «сон – бодрствование» и он не спит ночью, а предпочитает спать днем, попробуйте не укладывать его днем. Перед ночным сном с ребенком полезно погулять, поиграть в спокойные, тихие игры; не следует перед сном возбуждать его ласками, дарить новые игрушки, читать новые книжки. Играть лучше в одну и ту же игру или читать хорошо знакомую и любимую им книжку. Взрослый, который укладывает малыша спать, должен быть как можно более спокоен.

Малыша с двигательными нарушениями, особенно с детским церебральным параличом, следует переворачивать во сне с одного бока на другой. Если ребенок спит на животе, его голова должна быть повернута в сторону. Если это не так, необходимо следить, чтобы ночью он не спал на животе.

Если малыш спит больше нормы, не волнуйтесь, помните, что его нервная система очень слабая и нуждается в отдыхе.

Если у ребенка судороги, матери следует быть к нему особенно внимательной во время ночного сна; хорошо, если кто-то из членов семьи спит с малышом в одной комнате.

Некоторые дети с отклонениями в развитии могут, не просыпаясь, кричать по ночам, иногда даже вставать и ходить по комнате.

Если эти состояния довольно регулярны, то есть возникают в одно и то же время после засыпания и особенно если в это время ребенок мочится, родителям обязательно следует посоветоваться с врачами, поскольку в этих случаях может потребоваться специальное лечение.

При кормлении больного ребенка следует обратить внимание на то, как он усваивает различные виды пищи. Некоторые дети, отстающие в психомоторном развитии, могут иметь различные врожденные нарушения обмена веществ, в связи с чем они не усваивают различные продукты, например, молоко, сахар, белковую пищу. Во

всех этих случаях необходимо как можно раньше обратиться к врачу и строго придерживаться назначенной им диеты.

При изменении погоды, особенно атмосферного давления самочувствие многих из них ухудшается: они становятся более беспокойными, плаксивыми, раздражительными, жалуются на головные боли, у некоторых из них пропадает аппетит, появляется вялость, сонливость. Поэтому особенно важное значение имеет укрепление их общего здоровья. Одним из таких способов является закаливание организма, которое необходимо начинать с раннего возраста. Выбор способа закаливания зависит от характера заболевания, возраста и индивидуальных особенностей ребенка. Закаливание детей первых лет жизни осуществляется главным образом в процессе повседневного ухода за ребенком. Детей постепенно приучают к длительному пребыванию на свежем воздухе, к умыванию прохладной водой, к ношению облегченной одежды. Как средства закаливания применяются обтирания, обливания.

Солнечные ванны как средство закаливания для детей с ранним органическим поражением ЦНС в первые годы жизни применять не рекомендуется. Это связано с тем, что у многих из них имеется склонность к повышению внутричерепного давления, иногда повышенная судорожная готовность и возбудимость ЦНС.

Для всех детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеют специальные занятия по развитию их моторики, особенно по развитию координации движений, функции равновесия, по коррекции прямохождения, ходьбы, развитие ритма и пространственной организации движений.

У многих детей с отставанием в развитии нарушен ритм выполнения движений. Это особенно часто наблюдается у детей с двигательными и речевыми расстройствами. Поэтому важно научить ребенка согласовывать свои движения с заданным ритмом. Для этого с малышом полезно проводить специальные задания под счет, хлопки, музыку. Выполнение движений в заданном ритме не только улучшает моторику ребенка, но и активизирует его внимание, повышает эмоциональный тонус ребенка, соответствует его речевому развитию.

У детей с нарушениями в развитии обычно недостаточно развиты такие физические качества, как ловкость, скорость, сила и выносливость. Поэтому с ними крайне важно выполнять

специальные упражнения, формирующие основные двигательные навыки и умения и способствующие развитию физических качеств. К таким упражнениям относятся ходьба, бег, прыжки, лазание и перелезание, а также различные действия с предметами и игрушками. Малыша важно как можно раньше научить захватывать различные по объему, форме и весу предметы, манипулировать ими, а также узнавать их на ощупь с закрытыми глазами.

Если ребенок вялый, малоподвижный, не стремится к самостоятельной деятельности, его надо постоянно заинтересовывать, стимулировать к игре и двигательной активности, предлагая доступные для него задания. Детям с повышенной отвлекаемостью полезно предлагать задания, требующие организованности и выдержки.

4.7. РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ

Очень важно для воспитания и социализации больного ребенка развитие у него навыков самообслуживания. Поскольку у всех детей с ограниченными возможностями здоровья с трудом формируются тонкие ручные навыки, необходимые при самообслуживании, для их развития требуются специальные занятия, проводимые в несколько этапов. На самом первом этапе ребенка надо обучить умению произвольно брать и отпускать предметы, перекладывать их из руки в руку, соразмерять двигательные усилия в соответствии с размером, весом и формой предметов.

Для того чтобы ребенок научился **самостоятельно есть**, он должен подносить свою руку ко рту, затем брать хлеб и тоже подносить его ко рту, брать ложку и самостоятельно есть (вначале ему предлагается густая пища), затем он должен научиться держать кружку и пить из нее. Ребенку с нарушениями, чтобы овладеть всеми навыками, следует предоставлять как можно больше самостоятельности. Следует убрать хорошую посуду, которую жалко, используйте небьющиеся чашки и тарелки. Затем постепенно приучайте малыша пользоваться вилкой, ножом. Не забывайте об эстетике, когда сервируете стол.

Для того чтобы ребенок освоил навыки одевания, следует научить его сначала расстегивать большие, потом мелкие пуговицы, правильно ориентироваться в одежде. Многие дети долго

путают в одежде «зад» и «перед», изнаночную и лицевую стороны, в обуви – правый и левый ботинки, долго не могут научиться застегивать крючки, молнии, зашнуровывать ботинки. Все эти навыки следует тренировать в игровой деятельности. А после того как они закрепятся, переносить в жизнь самого ребенка. После подобных занятий у ребенка, как правило, появляется стремление к самостоятельной деятельности. Правда, он еще очень неловок и медлителен. Нельзя сердиться на него. Нужно потерпеть, и постепенно ребенок овладеет простейшими навыками самообслуживания.

Но во всех случаях важно не упустить момента, когда малыш начинает проявлять активность в одевании ли, в еде ли. Вначале взрослый выполняет некоторые действия вместе с ребенком, комментирует их. Правда, свою помощь взрослый должен строго дозировать с учетом возможностей ребенка.

Ребенка следует как можно раньше приучать к порядку. Перед сном он должен аккуратно положить белье на стульчик, поставить тапочки около кровати, а перед этим убрать игрушки на место.

4.8. РАЗВИТИЕ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ И РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПАМЯТИ

В преодолении и предупреждении отставания в развитии ведущая роль принадлежит сенсорному воспитанию и развитию игровой деятельности ребенка. Сенсорное воспитание является основой развития познавательной деятельности, оно создает у малыша необходимые предпосылки для формирования высших психических функций, имеющих первостепенное значение для возможности дальнейшего обучения.

Целью сенсорного воспитания является развитие зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия (восприятие позы и движений) при ограничении движений глаз из-за различных форм косоглазия, нарушений фиксации взора, ограничения поля зрения и других расстройств, связанных с патологией зрительной и зрительно-моторной системы.

Кроме того, у детей с нарушениями умственного развития недостаточность зрительного восприятия определяется малой психической активностью, отсутствием интереса к окружающему. Во всех случаях необходимы ранние коррекционные упражнения.

Уже на первом году жизни малыша родителям следует всячески содействовать накоплению ребенком сенсомоторного опыта. Все сенсорные функции малыша следует развивать в тесной взаимосвязи с формированием двигательных навыков, стремясь к тому, чтобы развивалась целостная интегративная деятельность – сенсомоторное поведение, которое составляет основу интеллектуального и речевого развития.

Для детей с отставанием психомоторного развития необходимо как можно раньше стимулировать накопление чувственного опыта, сочетая этот процесс с моторной активностью. Прежде всего малыша следует обучить комплексному обследованию окружающих предметов с привлечением зрения, слуха, движений рук. Это осуществляется в процессе повседневного ухода.

Необходимо отметить следующие особенности проведения коррекционной работы по сенсорному воспитанию малыша – это этапность и последовательность. Безусловно, это правило относится ко всем видам коррекционной работы, но мы его рассмотрим на примере сенсорного воспитания. У родителей всегда возникает вопрос: «С чего начать?». Естественно, оптимальным вариантом является начало лечебно-воспитательных и коррекционных мероприятий с первых месяцев жизни ребенка. Но, к сожалению, отклонения в развитии не всегда диагностируются так рано. Чаще всего они выявляются к 2–3 годам жизни. На этом же возрастном этапе, как уже отмечалось выше, основной проблемой, которая волнует родителей, обычно является отставание речевого развития. Однако при обследовании ребенка часто выявляется несформированность самых начальных этапов сенсорного развития. Поэтому коррекционная работа, прежде всего, должна строиться с учетом не только возраста малыша, но и уровня сформированности той или иной функции, а также уровня сенсомоторного развития в целом.

Поэтому с ребенком 2–3 лет иногда может возникать необходимость начинать коррекционную работу по сенсорному воспитанию с самых начальных этапов, которые здоровый ребенок проходит в первые месяцы жизни. Это, как правило, относится и к стимуляции развития других функций.

Таким образом, если ребенок находится на самом начальном этапе развития сенсорных функций, то его, прежде всего, обучают произвольной фиксации взгляда как на перемещаемых, так и на неподвижных предметах (игрушках), его побуждают к более длительному

сосредоточению на предмете и лице говорящего. Учат осматривать предмет, выделяя в нем существенные признаки. Затем предлагают задания по словесной инструкции, при условии понимания речи, например, найти глазами окно, дверь, ту или иную игрушку.

На следующем этапе ребенка учат различению цветов. Известно, что уже на первом году жизни ребенок способен отличить один цвет от другого. Однако установление связи между зрительным восприятием цвета и его словесным обозначением происходит значительно позже. Так, в процессе специального обучения ребенок в начале третьего года при нормальном развитии различает и называет четыре цвета: красный, синий, желтый и зеленый. К моменту поступления в школу должен различать и называть все основные цвета.

Если ребенок отстает в развитии, то упражнения в различении и назывании цветов следует проводить систематически и в разнообразной форме.

Родителям следует помнить, что особенно полезными для малыша являются упражнения в быту, в жизненной ситуации. Так, в процессе одевания, раздевания взрослый называет цвет одежды, обуви, при знакомстве с предметами окружения он называет их цвет.

Важно, чтобы малыш не только механически усвоил названия цветов, но и на основе дифференциации цвета научился производить начальные умственные операции – обобщать. Для этого его надо научить подбирать предметы, одинаковые по цвету, распределять их по этому признаку.

Полезно проводить также специальные дидактические игры (или игры-занятия). Так, если малыш совсем не знает цветов, то ему предлагается игра с цветными шариками. Цель этой игры – научить ребенка различать цвета и понимать их название. Вначале взрослый играет с ребенком, используя шарики одного цвета (красные, затем синие), они вместе их катают, подбрасывают. Затем проводится игра с красными и синими шариками одновременно. В такой игре ребенок по инструкции взрослого должен выбрать и покатать красный или синий шарик. Взрослый берет красный или синий шарик и просит ребенка выбрать «такой же» катать вместе с ним. Игры повторяются, пока ребенок не научится выбирать из двух цветов нужный по просьбе взрослого.

Затем ребенку подбирают игры, способствующие формированию простых умственных операций на основе знания цветов. Ребенку дается коробка с 8–10 шариками двух цветов и две коробки такого

же цвета, как и шарики, и он должен разложить шарики в коробки соответствующего цвета. Затем ему дают эти же шарики, окрашенные в два цвета, которые складываются в общую коробку. Затем на стол ставят две пластмассовые тарелки таких же цветов, как и шарики. Взрослый на глазах у ребенка берет красный шарик, кладет его в красную тарелку, затем дает синий шарик ребенку и просит его положить в соответствующую по цвету тарелку.

Постепенно на различном игровом материале, в том числе картинках, ребенка учат группировать предметы по цвету, форме и величине.

Для этого малыша прежде всего необходимо научить различению простых геометрических фигур и их размеров.

Следует помнить, что все игры-занятия по различению геометрических фигур не только тренируют зрительное восприятие и внимание, но и способствуют развитию пространственных представлений.

Если у малыша совсем отсутствует представление о форме предмета, то игры-упражнения начинаются с различения формы шара, круга и их размеров (большой – маленький). Для этого родителям нужно иметь ящик, в стенке которого имеются отверстия большого и маленького размера, с одной стороны ящик открыт. Ребенку дают ящик и шарики двух размеров с таким расчетом, чтобы шарики не могли пройти через меньшие отверстия. При этом взрослый поясняет: «Вот большой шарик (шарик дается ребенку, и он ощупывает его), а вот маленький (также предоставляется возможность ощупать шарик)». После этого ребенок закрывает глаза и ему в руку вкладывается один из шариков. Ребенок должен угадать, какой шарик у него в руке. После этого ребенку дается задание – положить большой шар в большое окошко, а маленький – в маленькое.

Также в играх у ребенка развивают возможность различать формы шара и куба, круга и квадрата, затем добавляется треугольник, овал и другие геометрические фигуры. На начальном этапе таких игр-упражнений малыш знакомится с одной стороной, на стенках которой имеются отверстия круглой и квадратной формы большого и маленького размера, используемые шары и кубики тоже двух размеров.

Познакомившись с формами и размерами шара и куба, малыш знакомится с отверстиями на коробке. При этом у него на данном занятии развиваются элементарные навыки переноса: шар – отвер-

стие круглой формы – окошко, куб – отверстие квадратной формы – квадрат. Взрослый предлагает малышу опустить в коробку большой шарик и большой кубик и спрашивает: «Куда ты будешь опускать шарик? В какое окошко?» – «Правильно, вот в это окошко опусти шарик. А теперь опусти кубик. Покажи, куда надо опустить кубик?» – «Правильно, вот сюда!» Затем ребенок выполняет это задание самостоятельно.

После этого ребенка учат опускать большой шарик в большое окошко, маленький – в маленькое.

Затем ребенку для различения предлагаются новые геометрические фигуры. Полезно использовать игру «Почтовый ящик», а также специальные доски с прорезями различной формы и величины и соответствующие фигурки к ним. Ребенка путем соотнесения учат помещать в каждую прорезь соответствующую фигурку. Закрепление понятий «большой», «маленький», а также узнавание различных геометрических форм закрепляется в различных играх-упражнениях на конструктивную деятельность.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья особенно полезны игры с разборными игрушками, так как в них не только формируется представление о величине предмета, но и развивается манипулятивная деятельность рук, воспитывается последовательность действий, развиваются пространственные ориентировки. Это специальные игры – вкладыши в виде набора коробок, вложенных одна в другую, это подбор крышек к коробкам разного размера, игры с матрешками, пирамидками и т. д.

На следующих этапах ребенку предлагаются кубики и разрезные картинки сначала из двух, а затем из четырех частей. Широко следует использовать игры со строительным материалом. В этих играх у детей развивается представление о форме, величине и объеме предметов, формируются целенаправленная деятельность и пространственные представления.

Организуя игру малыша, лучше, чтобы взрослый играл вместе с ним. При этом необходимо учитывать, что ребенок должен сохранять самостоятельность и проявлять активность.

На всех занятиях с ребенком педагог и родитель уделяют специальное внимание развитию памяти малыша.

Работа по развитию памяти способствует формированию и закреплению образов предметов и явлений окружающей действительности, что имеет важное значение для дальнейшего

формирования обобщенных представлений о предметах и явлениях окружающего мира.

Педагогу и родителям в процессе наблюдения за ребенком, а также в процессе специальных коррекционных занятий необходимо определить преобладающий вид памяти. Это имеет важное значение, так как для более эффективной начальной коррекционной работы педагог может опереться на ведущий вид памяти, постепенно стимулируя развитие и других ее видов. При достаточно развитой памяти ребенок в состоянии закрепить адекватные образы восприятия предметов и явлений окружающего мира, что имеет важное значение для его умственного развития.

4.9. РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РЕЧИ И НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ

Для развития познавательной деятельности ребенка дошкольного и дошкольного возраста важное значение имеет воспитание различных сенсорных функций, а также специальное умственное воспитание. При этом важно учитывать возрастные закономерности и механизмы умственного развития здорового ребенка.

Умственное воспитание ребенка следует осуществлять в процессе различных видов его продуктивной деятельности. Важное значение имеет планомерное ознакомление его с окружающим путем специального формирования у него целостного восприятия и представления о явлениях окружающей действительности. В процессе ознакомления у ребенка формируется целостное представление об окружающем мире.

Важными формами мышления дошкольника являются наглядно-действенное и наглядно-образное мышление. Сформированность этих видов мышления имеет важное значение в общем процессе умственного развития ребенка. Родителям и педагогам важно помнить, что для развития мышления ребенка важное значение имеет его практическая деятельность, в процессе которой и развиваются наглядно-действенные формы мышления.

Особенностью этого вида мышления является его неразрывная связь с практической деятельностью ребенка. По мере формирования наглядно-действенного мышления формируется возможность соотнесения условий задачи с ее требованиями, что является одним из важных показателей умственного развития. При отставании

умственного развития такого соотношения не происходит, поэтому педагогу и родителям необходимо специально развивать у ребенка различные формы предметно-практической деятельности.

Важнейшей задачей развития мышления ребенка является формирование у него таких форм познания предметов и явлений окружающей действительности, которые отражали бы существенные признаки, связи и взаимоотношения между ними, что является предпосылками для формирования обобщенных представлений и элементарных понятий.

Формирование понятий очень важно для успешной подготовки ребенка к обучению в школе. Педагог и родители должны научить ребенка выделять существенные признаки предметов; уметь делать простые обобщения. В настоящее время показана важная роль ранних стадий развития и раннего обучения для психического развития ребенка. Однако в каждом конкретном случае для решения вопроса о времени начала школьного обучения ребенка необходима консультация специалистов (педагога, врача-психоневролога, психолога, педиатра).

Для развития речи и навыков общения важное значение имеет подражание. Поэтому ребенка важно научить подражать взрослому при выполнении им различных движений. Ребенку говорят: «Делай, как я». Затем его просят выполнить различные действия по словесной инструкции, таким путем развивают понимание обращенной речи и функцию подражания. В процессе совместной со взрослым игровой деятельности ребенок учится повторять слова и действия взрослого. Так его учат подражать действиям губ, произнося цепочки слов «мо – мы», «то – ты – ту» и т. п. Считается, что в раннем возрасте ребенок особенно чувствителен к усвоению языка.

Для реализации этого обобщения важное значение имеет эмоционально-положительное взаимодействие «мать–ребенок». Известно, что отдаление ребенка от матери в данном возрасте может быть одной из причин задержанного доречевого и речевого развития ребенка. К факторам риска речевых нарушений относится семейная отягощенность патологией речи. Известно, что именно речь родителей, особенно матери, становится образцом речи для речевого развития ребенка. У детей раннего возраста особое значение имеет стимуляция развития понимания обращенной речи и функций подражания.

Речь возникает при наличии определенных предпосылок и, прежде всего, нормального созревания и функционирования центральной нервной системы. Однако речь является важнейшей социальной функцией, поэтому для ее развития одних биологических предпосылок недостаточно. Речь возникает только при общении взрослого с ребенком. При этом ведущее значение имеет эмоционально радостное общение ребенка с матерью или заменяющим ее лицом. При этом значение имеет так называемый метод «разрабатывающего взаимодействия» и дифференцированные способы развития коммуникативного поведения у детей раннего возраста, предложенный Н. Н. Школьниковой.

Автором было показано, что именно мать или заменяющее ее с самого рождения лицо обладает специфическими аффективными возможностями развития ребенка и, прежде всего, развития его речи и коммуникативного поведения. Это связано с тем, что диада мать – ребенок на ранних этапах онтогенеза развивается как функциональная саморегулирующаяся биологическая система.

В основе взаимодействия диады мать – ребенок лежит актуализация биологических инстинктивных программ коммуникативного поведения ребенка и матери.

Родителям следует иметь в виду, что детские вопросы являются важным показателем интеллектуального и коммуникативного развития ребенка. Выделяют два типа детских вопросов, связанных с уровнем умственного и речевого (коммуникативного) развития ребенка.

Первый этап начинается с появления назывательной (номинативной) функции речи и связан с развитием номинативно-назывательной функции речи. На этом этапе формируется возможность обозначения окружающих предметов. При этом ребенок постоянно начинает задавать вопросы типа «Это что?». В этот период (около двух лет) происходит совместно стимулирующее развитие мышления и речи.

На втором этапе (возраст 4–5 лет) у ребенка начинают формироваться причинно-следственные связи, возникают вопросы типа «Почему?». Появление этих вопросов связано с расширением познавательных интересов ребенка. Кроме коммуникативной развивается и познавательная функция речи. Следует иметь в виду, что генетически первой и ведущей деятельностью является общение со взрослым. Оно возникает у детей в первом полугодии жизни.

4.9.1. Развитие игровых навыков

Известно, что ведущей формой деятельности ребенка раннего и дошкольного возраста является игра, в связи с чем родителям и специалистам, работающим с ребенком, следует особое внимание обратить на стимуляцию игровой деятельности. Известно, что игра у здорового ребенка развивается поэтапно. На первом этапе игры ребенка являются действиями с определенными предметами – это предметные игры, которые развиваются на основе предметно-манипулятивной деятельности. При этом для малыша самой первой «игрушкой» является он сам. С помощью рук он начинает узнавать собственное тело, а с помощью рта он исследует свои руки. С первых месяцев жизни он рассматривает все, что его окружает, он вытягивает руки и смотрит на них, приближая их к лицу. Все его поведение направлено на исследование и познание окружающего. В возрасте 4–8 мес. у ребенка развивается возможность узнавания знакомых предметов на расстоянии и захватывания их с участием большого пальца и конечных фаланг других. Родителям следует учить ребенка в процессе совместной игры исследовать предметы путем повторных проб с ними, в том числе и проб с их опорожнением и наполнением.

Родителям следует научить ребенка пить из чашки, пользоваться ложкой. С этой целью полезно проводить игры-упражнения с наливанием и выливанием воды. Ребенку полезно предлагать игрушки, в захватывании которых необходимо участие большого пальца и конечных фаланг остальных (игрушки на ниточках). Постепенно развивают манипулятивную деятельность и тактильно-осознательное восприятие. На этом же этапе необходимо стимулировать все представленные выше навыки, проводить активные игры с малышом. При этом важно научить ребенка одновременно держать два предмета и манипулировать ими.

На первом этапе игровые действия носят в основном подражательный характер.

На втором этапе игровое действие в большей степени соответствует реальной действительности, более четко разделяются функции, наблюдается логическая последовательность действий, отражающих реальную действительность.

На третьем этапе действия становятся еще более разнообразными, их логика и характер определяются взятой на себя ролью. В игре начинает использоваться специфическая ролевая речь.

Наконец, на четвертом этапе содержание игры включает в себя выполнение действий, отражающих отношения с другими людьми, роли которых выполняют другие участники игры. Наблюдается тесная связь ролевых функций, речь четко выполняет ролевую функцию. Характерна четкая последовательность игровых действий, отражающих реальную последовательную логику событий.

В игре развиваются различные виды взаимоотношений между детьми, которые определяются сюжетом и содержанием игры, что имеет важное значение для развития коммуникативного поведения и личности.

Наконец, в старшем дошкольном возрасте ребенок начинает осваивать новый тип игры – игра с правилами. В этих играх уже более четко определена основная задача, отмечается более четкое соотношение сюжетно-ролевого содержания с правилами. Особые группы игр с правилами составляют подвижные игры, например «Кошки-мышки».

К играм с правилами относятся так называемые дидактические игры. В этих играх детям предлагается решение определенных умственных задач, представленных в игровой форме. Эти игры развивают познавательную деятельность ребенка, формируют у него познавательную активность.

Известно, что многие дети с отклонениями в развитии и различными заболеваниями центральной нервной системы не умеют играть, что еще более задерживает их психическое развитие. Следует иметь в виду, что непродуктивность игровой деятельности, и даже игры совместно со взрослым, может быть обусловлена повышенной психической истощаемостью малыша и в связи с этим низким уровнем мотивации. Поэтому мать должна стимулировать и побуждать ребенка к игре. Важное значение имеет похвала и одобрение действий ребенка. Если при виде игрушек ребенок самостоятельно не играет, взрослый начинает играть вместе с ним. При этом взрослый прежде всего воспитывает у ребенка интерес к игрушкам, играя вместе с ним, заинтересовывает его в контакте. Важно воспитывать у ребенка адекватность игровых действий в соответствии с игровым материалом.

Упрощенный процесс обучения протекает следующим образом.

1. Ребенку дается инструкция, что он должен сделать.
2. Если необходимо, ему оказывается помощь.
3. Ребенку дают понять, что он сделал хорошо.

Важное значение имеет одобрение, чтобы похвала не потеряла своего побуждающего действия, ребенок должен хорошо представлять себе, за что его хвалят.

Главное правило – выразить свое одобрение самым естественным образом. Похвала – это самая естественная и самая доступная форма поощрения. Похвала стимулирует деятельность ребенка. Но в некоторых случаях слишком частая похвала может стать привычной и потерять свою стимулирующую способность. Чтобы этого не произошло, следует разнообразить формы похвалы. Разными способами следует дать понять малышу, за что его хвалят. Это особенно важно для детей более старшего возраста. Следует выделять похвалу особой интонацией и научить ребенка ценить похвалу. Поощрения должны стать естественной частью общения между родителями и детьми.

Таким образом, начальное обучение ребенка в семье начинается в игре. Обучение представляет собой трехступенчатый процесс (до, во время, после). Каждый этап следует планировать.

Важное значение для психического и личностного развития ребенка и подготовки его к школе имеют специальные игры – упражнения на конструктивную деятельность. Они особо важны для детей с двигательными расстройствами, для которых также используются игры с разборными игрушками.

Спектр предлагаемых ребенку игр достаточно широк: это игры драматизации, игры с предметами, настольно-печатные, словесные и др. Но во всех случаях игра является важнейшим фактором развития и организации жизни ребенка.

Синдром стереотипных игр. Стереотипные игры возникают у детей в условиях социальной и эмоциональной депривации. У детей с синдромом госпитализма он наблюдается уже на первом году жизни, но особенно ярко он проявляется в возрасте после 1–1,5 лет. Проявления синдрома сходны с гиперкомпенсаторными депривационными играми в сочетании с некоторыми проявлениями аутистических стереотипических игр. Депривационная игра состоит из однообразных двигательных стереотипий – раскачиваний, подпрыгиваний, вращений, перебираний пальцами, кручения головой. Эти действия могут сменяться игрой с неигровыми предметами даже при наличии игрушек. Характерно, что игра происходит на фоне пониженного настроения без эмоционального оживления. Депривационная игра проявляется в виде выраженной задержки формирования игровых

навыков. Характерной чертой этой игры является ее принципиальная обратимость при изменении ситуации.

Психотерапевтическая роль игры. Особо важное значение имеет развитие игры ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Направляя игру, родители учат его элементарным нравственным нормам поведения, помогают ему войти в коллектив здоровых детей. Надо стремиться к тому, чтобы взаимопонимание, взаимопомощь стали привычными формами поведения ребенка с нарушениями в развитии. Все проводимые с ребенком занятия должны активно воздействовать не только на интеллектуальную, сенсомоторную и речевую сферу, но также и на его эмоции. С этой целью следует широко использовать различные музыкальные занятия или музыкальное сопровождение при проведении тех или иных занятий. Хорошо известно благоприятное влияние музыки на многих детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно на детей с синдромом Дауна, при детском аутизме. Часто прогресс в развитии такого ребенка начинается в процессе проведения с ним музыкальных занятий. К музыкальным занятиям очень восприимчивы дети с гидроцефалией и синдромом Ретта.

При этом немалую роль играет настрой ребенка, его эмоциональное состояние. Поэтому жизнь малыша надо наполнить красотой природы, игрой, сказками, музыкой. Все это даст толчок к практическому освоению мира.

4.9.2. Помощь ребенку в совершенствовании двигательных функций и ориентации в пространстве

Двигательные нарушения в той или иной степени выраженности наблюдаются у всех детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно в первые годы их жизни.

Малыш хотя и передвигается самостоятельно, ходьба его длительное время может быть недостаточно устойчивой. Родители в этих случаях длительное время водят его за руку, ограничивают его двигательную активность. Это приводит к тому, что у ребенка крайне медленно обогащается двигательный опыт, что еще больше задерживает совершенствование у него функций равновесия.

Родителям следует всячески содействовать самостоятельности и активности ребенка в ходьбе и других моторных навыках. Им необходимо помогать моторному развитию ребенка и проводить специальные упражнения по развитию равновесия, например:

1. Ребенок стоит на коленях, руки вытянуты вдоль туловища, слегка отведены и повернуты наружу. По команде взрослого он переносит вес тела с одного колена на другое. При этом он не должен садиться на пятки, а его руки не должны касаться пола. В качестве помощи взрослый может использовать поддержку ребенка за локтевой сустав на той стороне, на которую перенесен вес тела.

2. Ребенок сидит на полу без опоры рук. Для того чтобы избежать опоры на руки, ему можно дать игрушки. Поднимая стопы от пола и легко сгибая ноги, ребенок должен сохранять исходную позу и не падать назад. Взрослый следит, чтобы ноги ребенка были отведены и повернуты наружу.

Для тренировки равновесия используются также следующие приемы: взрослый слегка подталкивает ребенка, который сидит на стуле, стоит на коленях или четвереньках, при этом он должен сохранять равновесие, не используя рук для поддержки.

Важное значение имеет тренировка равновесия при ходьбе: малыша учат ходить по прямой дорожке, намеченной мелом или выложенной шнурами по полу (ширина 20 см); перешагивать препятствия (канат, палочка высотой не более 10 см, линии).

Детей с более развитыми моторными навыками следует учить ходить по извилистому шнуру (1,5–2,0 м), между двумя линиями, шнурами, рейками, расстояние между которыми 20–30 см, не наступая на них. Затем малыша учат пройти по доске, положенной на пол (ширина доски 20–30 см), и сойти с нее; или встать на шнур, на четвереньки, опираясь ладонями и ступнями («как медведь»), пройти до конца, выпрямиться и сойти со шнура. Чтобы малыш не смотрел себе под ноги, в конце доски или шнура, по которому он идет, на уровне глаз, но не выше, помещается какой-либо ориентир – игрушка, флажок или шарик.

Важно научить ребенка подниматься на различные предметы и прыгивать с них.

Все упражнения на равновесие проводятся в интересной для ребенка игровой форме с применением различных предметов и игрушек.

Тренировка равновесия не только увеличивает двигательный опыт ребенка, она также способствует развитию мышечных ощущений, на основе которых формируется контроль над произвольными движениями. Поскольку мышечные ощущения у детей с отклонениями в развитии в первые годы жизни слабые, большую часть

упражнений по развитию движений желательнее проводить перед зеркалом.

У детей с ограниченными возможностями здоровья в первые годы жизни часто наблюдается неправильная установка стоп, плоскостопие. Для развития правильной опорности стопы и укрепления ее свода полезна ходьба по ребристой доске, вдоль каната (босиком). Дети наступают на канат таким образом, чтобы пятки находились на полу, а передний край стопы – на канате, передвижение осуществлялось боковым шагом. Полезна также ходьба по гимнастической лестнице.

Для развития зрительно-моторной координации и моторики рук важное значение имеют специальные игры, при которых ребенок должен прокатить мяч и попасть в «воротики» или бросить его в ящик или в корзину.

Для тренировки навыков попадания в цель на прогулке полезно проводить специальные игры-упражнения по бросанию мячей, мелких камешков и других предметов в ямки, канавки.

Ребенка следует научить ловить и бросать мяч, попадать в цель, перебрасывать мяч через сетку, закидывать в кольцо, сбивать мячом кегли, ударять мячом о землю правой и левой рукой.

Специальные упражнения на развитие ориентации в пространстве проводятся в несколько этапов. На первом этапе взрослый выполняет упражнения с мячом, флажками и другими предметами перед зеркалом, каждый раз называя свои действия: «Мяч вверх, мяч вниз». Ребенок наблюдает за взрослым, затем, наблюдая за действиями взрослого, он начинает подражать ему. Затем взрослый выполняет упражнения перед зеркалом молча, ребенок копирует и проговаривает их. Затем ребенок выполняет упражнения один по словесной инструкции.

Следует выполнять специальные упражнения по перемещению в пространстве. Взрослый на полу рисует белые линии справа налево, спереди назад, и ребенок передвигается в указанных направлениях. Затем в той же последовательности эти линии пальцем на доске рисует и обводит мелом ребенок.

Важное значение в развитии пространственных представлений имеет восприятие и воспроизведение формы предметов. Эти упражнения проводятся также поэтапно. Вначале ребенок ощупывает различные по форме предметы. Затем обводит пальцем контуры этих предметов, нарисованных на доске или в тетради; затем копирует изображения

простых геометрических фигур. После этих подготовительных упражнений у ребенка формируют пространственные представления с помощью рисования, конструирования, в игре и других видах деятельности.

Малыша следует также научить специальным приемам сенсорного обследования и узнавания предметов с обязательным подключением движений рук, то есть ребенок ощупывает предмет и узнает его на ощупь каждой рукой. Одновременно вводятся слова, обозначающие качества предмета. Для их освоения ребенка учат сравнивать предметы, противоположные по свойствам. Например: тяжелый с легким, твердый с мягким и т. п. Следует иметь в виду, что качества и свойства предметов только тогда приобретут для ребенка определенную значимость, когда они будут включены в результативную практическую деятельность и игру.

4.9.3. Занятия по развитию речи и подготовка руки к письму

Для закрепления и активизации словаря важное значение имеют игры-упражнения по описанию предметов, отгадыванию загадок, различные дидактические игры, а также повседневное общение с ребенком. Оно направлено на расширение словаря и развитие грамматического строя речи. Ребенка знакомят с новыми предметами, их словесными обозначениями и полученные представления закрепляют в процессе игровой деятельности. Занятия по развитию речи проводят поэтапно. В их основе лежит обучение составлению различных видов предложений с постепенными усложнениями их синтаксической структуры. С ребенком постоянно разговаривают о том, что он видит в данный момент. Если он говорит неправильно, его не перебивают и не поправляют. Взрослый лишь повторяет эти слова несколько раз правильно. Для этого используют специальные игры-занятия, во время которых взрослый просит ребенка называть предметы, действия и изображения на картинках.

Для формирования предпосылок обучения чтению и письму развивают умение отвечать на вопросы по самостоятельно прочитанным предложениям, соблюдать в устной речи и при чтении паузы и интонаций, соответствующих знакам препинания в конце простого предложения, выразительно прочитать выученное наизусть стихотворение, а также заучивать стихотворения наизусть, умение воспринимать на слух небольшую сказку, рассказ, загадку. Учат рисовать простые иллюстрации к рассказу или сказке. Подготавливают к обучению письму.

Прежде всего ребенка следует научить умению правильно сидеть и держать ручку (карандаш), ориентироваться в тетради, замечать разлиновку и всегда начинать писать слева направо. Затем ребенка учат правильному написанию букв и дифференциации сходных: л–м, т–п, и–ш, ц–щ, г–к, г–п, г–р, л–ч–м, н–к. Развивают моторику пальцев рук, тренируют тонкие дифференцированные движения пальцев рук при помощи следующих упражнений:

- ребенок разглаживает лист бумаги ладонью правой, затем и левой руки;
- соединяет концевые фаланги выпрямленных пальцев рук;
- учится противопоставлению большого пальца остальным;
- сгибает пальцы каждой руки одновременно и поочередно;
- поочередно противопоставляет первому пальцу остальные.

Проводится также ряд подготовительных упражнений с карандашом. Ребенка обучают правильному удержанию карандаша как при письме, тремя пальцами. Важно научить ребенка слежению глазами за движением пишущей руки. Вначале его учат ставить несколько точек на листе бумаги, следя, чтобы рука не сдвигалась и не напрягалась. Затем учат проводить черту сверху вниз, на то расстояние, на которое можно это сделать без движения кисти.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Назовите основные принципы коррекции нарушений в развитии.
2. Какие направления коррекционной работы в семье являются основными?
3. Какие приемы используют родители, обучая ребенка с ограниченными возможностями здоровья навыкам самообслуживания?
4. Какое значение имеет игра в развитии ребенка? Развитие навыков игровой деятельности в семье, воспитывающей «особого» ребенка.
5. Значение режима дня и питания для детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста.
6. В чем суть стимуляции психического развития детей с нарушениями в развитии?
7. Что такое индивидуальные коррекционно-развивающие программы и кем они составляются?
8. В чем значение лечебно-педагогической вольтижировки и каким детям она полезна?

9. Как организована лечебно-педагогическая помощь семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья?

10. Перечислите особенности семьи, воспитывающей аутичного ребенка.

11. Каковы общие проблемы семей, воспитывающих «нестандартных» детей?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: просмотр видеоматериалов.

Внеаудиторная форма: подготовка тезауруса, кроссворда на основе тезауруса, мультимедийных презентаций.

ГЛАВА V.

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

5.1. ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Психотерапия – это комплексное лечебно-психолого-педагогическое воздействие на психику с целью устранения болезненных проявлений и их предупреждений, развития адекватного отношения к себе, своему дефекту и окружающей среде. Психотерапия у детей с ограниченными возможностями здоровья тесно связана с лечебно-педагогическими мероприятиями, со всем процессом лечения, обучения и воспитания. Для проведения психотерапии специалист должен быть хорошо ориентирован в специфике заболевания ребенка.

Психические особенности детей дошкольного возраста (повышенная внушаемость, эмоциональная чувствительность, привязанность к врачу, воспитателю, педагогу) раскрывают широкие возможности для эффективного использования психотерапии совместно с педагогическими мероприятиями.

Современная концепция реабилитации детей с отклонениями в развитии предусматривает интегральный подход к ребенку, комплексную оценку структуры дефекта и установление не только традиционного медицинского диагноза, включающего оценку как нарушенных, так и сохранных компонентов психики, взаимосвязь интеллектуально-познавательных нарушений, эмоционально-личностных особенностей и коммуникативного поведения. При этом особенно важно выявить у каждого ребенка специфику его взаимодействия с матерью и другими членами семьи, а также его избирательные интересы и способности. Психотерапия представляет собой сочетание лечебной педагогики и воспитания личности.

Наблюдения детских психиатров свидетельствуют о том, что у многих детей с нарушениями в развитии рано возникают вторичные эмоциональные расстройства реактивного характера в виде чувства неуверенности, страха речевого общения, пониженного фона настроения, чрезмерной обидчивости, тревожности. Все эти эмоциональные расстрой-

ства ослабляют еще больше нервную систему ребенка и создают неблагоприятные условия для развития различных невротических состояний (закания, энуреза, страха, насильственных движений – тиков и т. п.).

Важное значение в работе с дошкольниками имеет игровая психотерапия. Метод игровой психотерапии в лечении детей с шизофренией, аутизмом разработан А. С. Спиваковской, В. В. Лебединским, О. С. Олихейко и др. На первом этапе психотерапевтической работы педагог наблюдает за ребенком в различных игровых ситуациях. На втором этапе ребенок активно вовлекается в целенаправленную игровую деятельность. Игротерапия включает специальные игры с музыкальным сопровождением, игры с перевоплощением, а также особые приемы психотерапевтической работы при прослушивании сказок, рисовании и т. п.

В играх подбираются специфические ситуации, которые хорошо понятны ребенку и актуальны для него. В процессе игры педагог обучает ребенка адекватному взаимодействию с окружающими детьми и взрослыми. Педагог подбирает специальные игры и пособия, направленные на развитие адаптации к окружающему миру, развивающие предметно-практическую деятельность, речь, познавательные процессы. Содержание игры должно всегда соответствовать уровню умственного развития ребенка. Педагог-дефектолог помогает родителям в разработке специальных игр, выполняющих развивающую и коррекционную функции. При этом не следует недооценивать роль матери. Помните, что лучшим психотерапевтом для ребенка является мать.

5.2. АРТТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ *

Психотерапия и психокоррекция, используемые в практике работы с детьми с проблемами, включают в себя различные методики, среди которых особо выделяются арттерапевтические. Термин «арттерапия» состоит из двух частей: «арт» означает искусство, «терапия» – лечебное воздействие; во второй части понятия отражены направленность, цели, задачи, технология и содержание. Арттерапия особенно эффективна в коррекционной работе с детьми с нарушениями эмоционально-личностного развития (И. Ю. Левченко):

* Раздел написан М. С. Вальдес Одрисола.

- эмоциональной и другими формами депривации, переживаниями эмоционального отвержения, стрессовых ситуациях, депрессивных состояниях, снижении психического тонуса, эмоциональной лабильности, импульсивности, синдроме дефицита внимания, повышенной тревожности;
- страхах, повышенной аффективной возбудимости;
- нарушениях в сфере коммуникативных процессов: наличие конфликтных межличностных отношений, напряженных отношениях в микросоциуме, негативной «я-концепции», низкой, дисгармоничной, искаженной самооценкой, низкой степени самопрятия, повышенной агрессивности;
- психосоматические отклонения, расстройства, которые могут проявляться в виде вегетососудистой дистонии, повышенной склонности к головным болям, аллергическим реакциям, нарушениям аппетита.

Основную цель арттерапевтической работы можно определить как коррекцию отклонений в эмоционально-личностном развитии на основе создания оптимальных психологических условий для стимуляции развития индивидуального творческого потенциала личности средствами искусства.

Арттерапевтическая работа с ребенком с отклонениями в развитии может дать положительную динамику, если она, опираясь на основные принципы, реализуется во взаимодействии психолога, педагога с ребенком и его родителями, с учетом понимания целостной личности, в совокупности всех ее качеств и свойств.

Арттерапевтическая работа с детьми с нарушениями в развитии опирается на принципы психокоррекционной работы и непосредственно арттерапевтические принципы.

Принципы психокоррекционной работы.

1. Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач. Этот принцип указывает на необходимость определения в любой коррекционной программе трех видов задач:

1. Коррекционной – исправление отклонений и нарушений.

2. Профилактической – предупреждение отклонений и трудностей в развитии.

3. Развивающей – оптимизация, стимулирование, обогащение содержания развития.

Единство всех трех видов задач обеспечивает эффективность коррекционно-развивающей программы.

2. Принцип единства диагностики и коррекции развития. Началу осуществления коррекционной работы должен предшествовать этап комплексного диагностического обследования.

Цели и содержание коррекционной работы могут быть определены только на основе комплексного, системного, целостного, динамического изучения ребенка, его дифференциально-диагностического и клинико-психолого-педагогического обследования. Реализация коррекционной задачи требует постоянной фиксации происходящих изменений в состоянии ребенка, при этом сам процесс коррекции дает материал для более точной диагностики.

3. Принцип взаимосвязи коррекции и компенсации. Вся система коррекционной работы призвана компенсировать нарушения в развитии и направлена на реабилитацию и социальную адаптацию ребенка с проблемами в обществе. Коррекция и компенсация – это тесно связанные между собой процессы, которые обуславливают друг друга и не могут рассматриваться один без другого. Цель коррекционной работы непосредственно связана с результатом – компенсацией нарушения.

4. Принцип комплексности методов клинико-психолого-педагогического воздействия. Принцип утверждает необходимость использования всего многообразия методов, технологий и приемов из арсенала специалистов разных профилей: клиницистов, психологов, педагогов-дефектологов, воспитателей, психотерапевтов. Выбор определяется целями, задачами программы оказания ребенку помощи, его возрастными и индивидуальными особенностями и семейной ситуацией.

5. Принцип учета возрастных психологических и индивидуальных особенностей развития. Принцип согласует требования соответствия хода психического и личностного развития ребенка нормативному развитию и признание факта уникальности и неповторимости пути развития конкретной личности, с другой. Определяет индивидуальный подход к ребенку и построение коррекционной работы на базе основных закономерностей психического развития с учетом сензитивных периодов, понимания значения последовательных возрастных стадий для формирования личности ребенка.

6. Принцип лично ориентированного и деятельностного подхода в осуществлении коррекционной работы. Этот принцип основан на признании развития личности в деятельности, а также

того, что активная деятельность самого ребенка в рамках ведущей для возраста деятельности является движущей силой его развития (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, В. Н. Мясищев и др.).

7. Принцип оптимистического подхода в коррекционной работе с ребенком с особенностями в развитии. Предполагает организацию «ситуации успеха» для ребенка, веры в ее положительный результат, утверждение этого чувства в ребенке, поощрение даже самых незначительных достижений.

8. Принцип учета эмоциональной сложности материала. Проводимые игры, занятия, упражнения должны создавать благоприятный эмоциональный фон, стимулировать положительные эмоции.

9. Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к коррекционной работе с ребенком. Ребенок развивается в целостной системе социальных отношений, субъектом которой он является (Л. С. Выготский, Л. А. Венгер и др.). Развитие ребенка происходит в системе отношений с близкими ему людьми, взрослыми. Особенности межличностных отношений, общения, форм совместной деятельности и способов ее осуществления составляют важнейший компонент развития, определяют зону его ближайшего развития. Успех коррекционной работы с ребенком наряду с другими составляющими зависит и от сотрудничества с родителями. Субъектом развития является не отдельный ребенок, а целостная система социальных отношений, субъектом которых он является, и в первую очередь его семья.

10. Принцип программированного обучения. Данный принцип предусматривает разработку программ, состоящих из последовательных операций, выполнение которых ребенком сначала с помощью взрослого, а затем самостоятельно приводит к формированию у него необходимых умений, навыков и действий.

11. Принцип усложнения. Переходя от простого к сложному, каждое задание должно проходить ряд этапов: от минимально простого к максимальному сложному.

12. Принцип дифференцированного и индивидуального подхода в условиях коллективного обучения. Этот принцип принимает во внимание как индивидуальные особенности каждого ребенка (особенности высшей нервной деятельности, темперамент, уровень развития эмоционально-волевой сферы, уровень знаний и навыков и т. д.), так и специфические особенности, присущие детям с различными

категориями нарушения развития, то есть позволяет избирательно осуществлять коррекционно-образовательную деятельность согласно природе индивидуального недостатка развития. Дифференцированный подход учитывает вариативные типологические особенности в рамках одной категории нарушений. Он позволяет в пределах общего содержания обучения организовать его в соответствии с возможностями и особенностями детей в каждый отдельный период обучения; программный материал имеет разные уровни трудности.

Четыре принципа арттерапевтического воздействия (по А. И. Копытину).

1. Принцип использования разнообразных материалов.

Данный принцип означает, что в арттерапевтической работе следует использовать «разнообразные изобразительные материалы и средства визуальной, пластической экспрессии» с целью самовыражения с их помощью.

2. Принцип создания условий. Работа с изобразительными материалами и различными «средствами визуальной, пластической экспрессии» должна быть организована в определенных условиях (кабинете психотерапевта, художественной студии, ателье, специально приспособленного для занятий), помогающих создать у него ощущение безопасности и способствовать свободному самовыражению.

3. Принцип посредничества. Работа с «изобразительными материалами и средствами визуальной пластической экспрессии» должна проводиться в присутствии специалиста, обладающего достаточными навыками изобразительной деятельности и в то же время способного понимать психологическое содержание изобразительной продукции клиента и выступать в качестве посредника в «диалоге» автора со своей изобразительной продукцией.

4. Принцип использования специфических приемов в арттерапевтической работе. Арттерапевтическая деятельность предполагает использование специалистом определенных приемов, помогающих осознать отраженное в изобразительной продукции содержание внутреннего мира.

Использование арттерапии в специальном образовании предполагает две формы организации: индивидуальную и групповую. Однако, несмотря на различия, групповая и индивидуальная формы едины в том, что фокусом психокоррекционного воздействия в том и другом случаях является каждый ребенок, а не группа в целом.

Форма организации определяется характером нарушений в развитии ребенка и коррекционными задачами. Если проблемы ребенка лежат в сфере эмоциональных отношений и эмоционального развития, более эффективно на начальном этапе использование индивидуальной формы арттерапии; а когда трудности в развитии ребенка концентрируются вокруг социального приспособления, то предпочтительной является групповая форма работы.

Арттерапевтические методики в психокоррекции способствуют гармонизации личности детей с проблемами через развитие способностей самовыражения и самопознания, обеспечивают коррекцию психоэмоционального состояния ребенка, психофизиологических процессов посредством соприкосновения с искусством.

Созданные ребенком в процессе арттерапии творческие работы и их признание взрослыми повышают его самооценку, степень его самопризнания, что особенно важно для ребенка, постоянно переживающего ситуацию неуспеха.

Основными методами арттерапевтического воздействия являются коммуникация, активное сотрудничество, творческий диалог, партнерство. В этом заключается их принципиальное отличие от традиционных схем взаимодействия «врач – пациент», «учитель – ученик».

Преодоление внутренних барьеров возможно средствами искусства, через изменение образа «я», преобразования ситуации изоляции и отчуждения в ситуацию диалога и взаимодействия. Терапевтический эффект возникает как дополнительная функция искусства, помогающая избавиться от стрессов, страхов и других психологических проблем.

Два механизма психологической коррекции с помощью арттерапии по О. А. Карабановой (1997 г.):

1. Искусство позволяет в своеобразной символической форме переконструировать травмирующую ситуацию и найти выход из нее, используя креативные способности ребенка.

2. Под воздействием искусства появляется эстетическая реакция, изменяющая действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л. С. Выготский, 1987).

При коррекции средствами изобразительного искусства используются разнообразные приемы (А. И. Копытин, 1999 г.):

1. Упражнения, предполагающие работу с разными изобразительными материалами и имеющие целью общую активизацию и разви-

тие сенсомоторной сферы (например, разминая кусок глины или пересыпая песок, сосредоточить внимание на своих ощущениях).

2. «Общие» темы и упражнения, позволяющие изучать проблемы детей и выражать самые разнообразные переживания (рисунки на свободную тему или на заданную значимую тему – «добро и зло», «страх» и пр.).

3. Темы, связанные с восприятием себя, позволяющие изучать систему отношений детей и положительно влиять на ее изменения (нарисовать или вылепить автопортрет; изобразить, каким тебя видят друг и недруг; нарисовать свой герб, отражающий характерные свойства личности и т. п.).

4. Упражнения и темы, позволяющие изучить отношения в семье ребенка с целью выявления причин нарушений поведения и их последующей коррекции (с помощью песочницы и разных фигурок скомпоновать какую-то бытовую сцену; изобразить членов семьи в виде животных или предметов).

5. Работа в парах, направленная на развитие коммуникативных возможностей детей («каракули Винникота» – один участник рисует каракули и передает другому, чтобы тот создал образ; один участник начинает рисунок на свободную или заданную тему, а другой заканчивает; затем результаты совместной работы обсуждаются).

6. Совместное групповое рисование, также направленное на развитие социальных навыков («групповая фреска» – на большом листе бумаги рисуют одновременно или по очереди на ту или иную тему: «прогулка», «день рождения», «мир вокруг нас»).

7. Групповые изобразительные игры («странное животное» – один ребенок рисует голову животного, загибает лист и передает следующему участнику; тот рисует туловище, загибает лист и передает дальше; в конце каждый пытается рассказать от первого лица о какой-либо части фигуры, которую он не рисовал; аналогично изображается и человек).

8. Изобразительная работа на основе направленной визуализации (представления какого-то зрительного образа) или материала сновидений (дети с помощью арттерапевта вызывают у себя образ на какую-то тему, например путешествие на ковче-самолете или образ из сна, и изображают наиболее яркие впечатления, которые затем обсуждаются).

9. Техники, сочетающие изобразительную деятельность с другими формами творческого самовыражения (передача впечатлений

от музыки с помощью рисования в процессе ее прослушивания; изображение образов, вызываемых звучанием собственного имени, ощущениями от своих танцев под музыку, изображение в рисунке или скульптуре каких-то своих качеств в виде отдельных персонажей и разыгрывание диалогов между ними, отражение в рисунке впечатлений от поэтических произведений и т. д.).

10. Упражнения, помогающие при разрешении конфликтных ситуаций или служащие для профилактики конфликтного поведения в семье, в школе (изображение конфликта в конкретном или метафорическом виде с последующим обсуждением; создание композиций на тему «шторм», «взрыв»; крупномасштабная работа с использованием малярных кистей, губки и пр. для «выпускания пара»; рисование историй возникновения конфликтов в подгруппах по 2–5 человек с последующей передачей рисунков другой подгруппе, которая пытается определить содержание рисунка, роли отдельных участников и их точки зрения).

Как один из удачных примеров арттерапевтической практики можно привести апробацию разработанных автором программ «Формирование эмоционально-волевой сферы у детей с проблемами в развитии средствами искусства» и «Применение арттерапевтических приемов на занятиях изобразительным искусством».

После выполнения заданий, предложенных в программах, учащиеся, независимо от возраста и отклонений в развитии, получили основные навыки изобразительной деятельности. Помимо этого у детей, занимавшихся по данной программе, повысилась самооценка, улучшились отношения дома и со сверстниками, поведение, прилежание и успеваемость в школе. Эксперимент проводился в течение года в клубе «Диапазон» РООИ «Пилигрим» (2001–2002 учебный год) и НОУ центр ЮССТ (2002–2003 учебный год).

5.3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ

Семейная, индивидуальная и групповая психокоррекционная работа представляет собой стадии единого психотерапевтического процесса, направленного на восстановление и укрепление психического здоровья личности посредством нормализации отношений в семье.

К сожалению, в некоторых случаях сама семья может являться источником психической травмы.

Психическая травма – это, прежде всего, психическое переживание, в центре которого находится определенное эмоциональное состояние. Психотравмирующее переживание – это состояние, сильно воздействующее на личность. Важнейшей чертой психотравмирующих переживаний являются их центральное место в структуре личности и особая значимость для индивида.

Хроническая психическая травматизация у ребенка может быть обусловлена воспитанием его родителями с психическими расстройствами, хроническим семейным алкоголизмом, неврозами, эпилепсией и др. заболеваниями.

Так, известно, что дети родителей, страдающих алкоголизмом, относятся к группе риска по множественной нервно-психической патологии.

Неблагоприятное влияние на развитие ребенка может оказывать так называемая «семейная тревога» у обоих или одного из членов семьи. Характерным признаком этого типа тревоги является то, что она проявляется в виде постоянных сомнений, страхов, опасений, касающихся, прежде всего, семьи. Это страх в отношении здоровья членов семьи, беспокойство при их отлучках, поздних возвращениях.

В основе «семейной тревоги», как правило, лежат неуверенность, чувство беспомощности.

В настоящее время предлагается много различных психотерапевтических программ по работе с родителями, в которых большое место уделяется групповой психотерапии. Ее целью является создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях детей с проблемами в развитии, вооружение родителей знаниями по возрастной и специальной психологии. При этом выделяются следующие задачи:

- формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;
- развитие умений самоанализа и преодоления психологических барьеров, мешающих полному самовыражению; формирование позитивных установок в сознании родителей; оптимизация родительно-детских отношений; гармонизация супружеских отношений; совершенствование коммуникативных форм поведения; формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Оптимальный размер психокоррекционной группы – четыре человека. Занятия проходят один раз в неделю продолжительностью четыре академических часа.

В программе используются методы гештальттерапии, арттерапии, танцтерапии, трансактный анализ.

Каждое групповое психокоррекционное занятие имеет несколько этапов работы.

Разминка. На этом этапе идет подготовка к психологической работе. Для этой цели используются специальные психогимнастические упражнения, направленные на создание позитивного настроения, помогающие участникам настроиться на доброжелательное отношение к себе и друг к другу, на доверительный стиль общения. На этом этапе применяются упражнения на внимание, на снятие напряжения и раскрепощение, на сокращение эмоциональной дистанции, на тренировку способностей выражения своих чувств с помощью мимики и жестов.

Основная часть. На этом этапе идет основная психокоррекционная работа по переоценке и переосмыслению жизненных позиций и установок родителей. Этому помогают следующие формы.

Разыгрывание ролевых ситуаций. Участникам предлагается проигрывать различные ситуации, причем роли подбираются соответственно личностным особенностям и установкам участников. Разыгранные ролевые ситуации затем также подвергаются обсуждению и анализу участниками группы.

Аутотренинг. Применяется техника релаксации по Э. Джейкобсону и И. Шульцу, направленная на выработку способности к расслаблению мышц в состоянии покоя, снятию в них локального напряжения. В целом занятия аутотренингом формируют у членов группы способность к переключаемости с травмирующих переживаний к гармоничным состояниям.

Упражнения арттерапии. Применяется индивидуальное, групповое рисование, рисование в парах, на заданную тренером тему или тема не оговаривается, и в этом случае создаются «групповые фрески», когда участники рисуют все, что хотят, на общем рисунке. Упражнения направлены на работу с эмоциями, на создание образов, ассоциаций к понятиям (наша группа, надежда). Рисунки обсуждаются участниками в процессе рисования и повторно после окончания работы.

Танцтерапия. Танец является средством выражения мыслей и чувств, которые нелегко перевести в слова, вербализовать, помогает снять эмоциональное напряжение и увеличить подвижность участников группы.

Музыкальные релаксации. Преследуемые цели могут быть различны: снижение тревожности, укрепление веры в себя, переоценки прошлого опыта. Во время релаксации участники сидят или лежат в расслабленной позе с закрытыми глазами. После окончания упражнения осуществляется опрос членов группы для выяснения тех образов, которые возникли в их сознании при проведении этого этапа работы.

Подведение итогов занятия. Используется упражнение-анкета «Мнение», предложенная А. С. Прутченковым; участники получают домашнее задание (аутотренинг, зарядка позитивного мышления, предложенные **В. В. Ткачевой**).

Опыт проведения подобных тренингов показывает, что систематическая работа с родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями, помогает решить задачи по повышению социального и психологического статуса матерей, оптимизации отношений в диаде мать – ребенок и гармонизации семейного климата.

Рождение ребенка – главное событие в семейной жизни. В детях родители видят продолжение себя, связывают с ними свои надежды и чаяния, свои тайные желания и несбывшиеся мечты. Трудности психологического и материального порядка, неизбежно появляющиеся с рождением малыша, обычно с лихвой окупаются теми счастливыми эмоциональными переживаниями, которые он доставляет.

Совсем по-другому обстоит дело, когда в семье рождается ребенок с нарушениями в развитии. В большинстве случаев это приводит к шоковой реакции родителей. Они чувствуют себя оглушенными, ошеломленными, обескураженными. Если нарушения в развитии не столь тяжелы и не столь очевидны при рождении, удар переносится менее болезненно, так как родители сами начинают замечать, что с ребенком что-то неладно. Когда установление диагноза затягивается из-за длительных консультаций и обследований, родители успевают свыкнуться с мыслью, что у ребенка могут быть какие-то нарушения в развитии и он нуждается в специализированной помощи. В таких случаях установление диагноза воспринимается спокойнее, а в некоторых случаях с облегчением, так как позволяет приступить к конкретным коррекционным мероприятиям. Возможность активной помощи ребенку со стороны родителей улучшает их моральное состояние. Однако иногда реакцию родителей можно сравнить с реакцией незаслуженно обиженного человека: «В чем я провинился, почему это должно было случиться именно со мной?». Рождение

«нестандартного» ребенка прерывает нормальный цикл семейной жизни, возникает кризисная семейная ситуация. Способность семьи справиться с этой ситуацией зависит от многих факторов, в том числе от тяжести нарушения и социальной дезадаптации ребенка. В тех семьях, которым удастся преодолеть возникшие трудности, основной опорой матери является ее муж.

Эмоциональный стресс матери может нарастать по мере роста и развития ребенка, если он не оправдывает ее надежды на полное выздоровление и по-прежнему отстает от сверстников.

Следует отметить, что и в нераспавшихся семьях болезнь ребенка зачастую отвлекает мать от общественно полезного труда, активной общественной жизни, приводит к сужению круга знакомых. Изоляция от общества еще более усугубляет тяжелое психическое состояние родителей, ухудшает взаимоотношения матери и ребенка, нанося вред его воспитанию и способствуя его дезадаптации.

К сожалению, уровень осознания проблем таких семей в обществе недостаточно высок, и люди могут неправильно себя вести по отношению к ним, что еще больше усугубляет их изоляцию. Как показывает практика, не всегда на высоте оказываются и специалисты.

Уже с рождения ребенка с нарушениями в развитии у родителей почти всегда возникает вопрос, где он должен воспитываться. При первом же осмотре ребенка и сообщения матери об отклонениях в развитии возникает больной для родителей вопрос: «А сможет ли мой ребенок обучаться в общеобразовательной школе?». Отвечая на подобные вопросы, специалисты, работающие с детьми с ограниченными возможностями здоровья, должны помнить об этике общения специалиста с семьей и родственниками больного ребенка. При этом важно учитывать каждую мелочь: характер беседы, интонацию голоса, взгляд, мимику, а главное, оценивать и контролировать каждое сказанное близким слово.

Во всех случаях, даже в случае тяжелого поражения головного мозга, сообщенный диагноз и предполагаемые перспективы развития не должны вызвать у родителей состояние, близкое к панике, страх и полный пессимизм. Родителей следует очень бережно подвести к осознанию истинного состояния их ребенка и перспектив его развития. Не скрывая правды от родителей, во всех случаях необходимо подчеркивать их природные защитные психологические механизмы, предупреждая развитие стрессовых реакций, ибо в по-

следнем случае родители не смогут стать активными помощниками специалистов-реабилитаторов.

Вся реабилитационная работа специалистов с детьми с нарушениями в развитии должна основываться на строгом соблюдении принципов деонтологии. Термин «деонтология» происходит от греческого слова «деон» – должник. Этим термином обозначают правила профессионального поведения человека. Исключительно бережного отношения требует к себе семья ребенка с нарушениями в развитии. Во всех случаях специалистам следует избегать преждевременных пессимистических выводов относительно прогноза развития ребенка.

Родители не всегда могут правильно оценить возможности ребенка и его успехи. Родители могут занижать или завышать способности своего ребенка. В подобных случаях необходима помощь специалиста, который показывает, какие трудности возникают у ребенка при выполнении того или иного задания, и обучает приемам, позволяющим добиться успеха. При этом специалистам, работающим с семьями «нестандартных» детей, необходимо учитывать постоянные стрессовые ситуации, которые испытывают такие семьи, и оказывать им психотерапевтическую помощь, а не наоборот, еще больше травмировать родителей своими нетактичными высказываниями в их адрес и адрес ребенка. Это недопустимо со стороны тех лиц, которые в силу профессиональных обязанностей так или иначе влияют на судьбу таких семей. Это вопросы профессиональной этики, важность которых нередко недооценивается.

Если мать после беседы со специалистом уходит подавленная, разуверившаяся в каких-либо возможностях продвижения в развитии своего ребенка, это можно считать антипсихотерапией (А. Р. Маллер).

Прежде всего, необходимо показать матери пусть даже самые незначительные успехи ее ребенка в развитии как результат совместной деятельности специалистов и родителей, в которой они являются партнерами. Специалисты должны относиться к семьям, в которых есть дети с ограниченными возможностями, внимательно, стараясь не навредить неосторожным замечанием, не нарушить согласие в семье своими рекомендациями. Не следует акцентировать внимание на неудачах и неадекватных поступках ребенка. Это обижает родителей, подрывает их веру в себя и ребенка, лишает доверительности отношений специалиста и родителей. Разговор

с родителями всегда следует начинать с того, каких успехов добился ребенок и какие задачи предстоит решить в дальнейшем. Объективные трудности ребенка можно обсудить, предложив конкретные пути их преодоления. Давая те или иные рекомендации, специалист учитывает их выполнимость и возможный ущерб для других членов семьи. Специалист должен соблюдать определенные этические нормы при использовании конфиденциальной информации о больном ребенке и его семье, которую он получил от родителей. Недопустимыми являются менторский тон, нравоучения при взаимодействии с родителями. Родители – взрослые люди и ни в чем перед специалистами не провинились. Специалист должен исходить из того, что больной ребенок может родиться в любой семье. Особенно важными являются взаимоотношения родителей и специалистов на ПМПК. Посещение комиссии не должно стать для родителей очередной унижительной процедурой навешивания ярлыков.

Для установления уважительных, доброжелательных взаимоотношений с семьей специалисту требуются тактичное, доброжелательное, корректное поведение, умение поставить себя на место консультируемого и сообщить ему любую информацию в щадящей, не травмирующей его чувства форме. В таком случае эти взаимоотношения будут носить психотерапевтический характер.

Длительный эмоциональный стресс, который испытывают родители больного ребенка, формирует определенные особенности их личности, такие, как повышенная чувствительность и тревожность, неуверенность в себе, внутренняя противоречивость. Такое эмоциональное состояние в сочетании с беспокойством, неуверенность в себе неблагоприятно отражается на эмоционально-личностном развитии ребенка. Поэтому врачу, психологу и педагогу-дефектологу надо лечить и учить не только ребенка, но и всех членов семьи, особенно у матери необходимо создать положительное отношение к семейной психотерапии. Основную психотерапевтическую работу проводит психотерапевт, однако не во всех случаях семья больного ребенка готова к этим психотерапевтическим занятиям, поэтому на начальных этапах, которые часто являются наиболее трудными для семьи, психотерапевтом становится лечащий врач, логопед, педагог-дефектолог, то есть специалисты, реально помогающие больному ребенку. Их конкретная помощь ребенку вызывает у родителей наибольшее доверие и желание следовать их советам. Поэтому эти

специалисты должны быть обязательно ориентированы на проведение психотерапевтической работы.

При проведении этой работы специалисты обязательно учитывают характерологические особенности членов семьи, выраженность и особенности стрессового состояния у каждого из них. Задачами психотерапевтической работы являются, прежде всего, нормализация взаимоотношений внутри семьи, выработка единого и адекватного понимания проблем ребенка. На начальных этапах работы следует избегать бесед, касающихся отдельного прогноза ребенка в плане обучения, социальной адаптации, особенно при тяжелых нервно-психических заболеваниях. Прежде всего, следует научить мать внимательно наблюдать за развитием своего ребенка, вести дневник наблюдений, а также овладеть некоторыми приемами по уходу, воспитанию и обучению ребенка. Всю психотерапевтическую работу с матерью необходимо проводить одновременно с обучением ее конкретным приемам коррекционной работы. На начальных этапах работы преобладает индивидуальная психотерапия членов семьи с одновременным обучением каждого из них отдельным приемам коррекционной работы, например, бабушку обучают, как правильно кормить ребенка, как учить его самостоятельному приему пищи, мать – как развивать ребенка во время прогулки, как проводить с ним те или иные коррекционные занятия, отца – как заниматься с ребенком физическим воспитанием и т. п. Каждый член семьи должен получить от специалистов определенные рекомендации по воспитанию и обучению ребенка. Если этот аспект консультирования становится ведущим и родителям предлагаются конкретные лечебно-коррекционные программы, а при констатации нарушений в развитии, даже в самых тяжелых случаях, обращается особое внимание на те или иные более сохраненные функции и потенциальные возможности ребенка, то такое консультирование в целом является психотерапевтическим. Активное и грамотное привлечение родителей к работе со своим ребенком считается основным методом психотерапии семьи.

Важное значение в психотерапевтической работе с родителями имеет разработка специальных программ педагогического образования родителей. Наиболее распространенной программой педагогического образования родителей является разработанный Томом Гордоном «Тренинг эффективности родителей» (ТЭР). В основу

этой программы положены теоретические положения психотерапии, разработанные Карлом Роджерсом, основанные на позитивном и безоценочном принятии своего ребенка. Этот принцип составляет основу подхода Гордона к организации процесса общения родителей со своими детьми. Предлагаются различные психотерапевтические программы по работе с родителями, в которых большое место отводится групповой психотерапии.

Нередко в семье возникают противоречивые суждения об обучении и воспитании ребенка. Специалист, выполняющий роль психотерапевта, должен уметь проводить семейные дискуссии и управлять ими. Психотерапевт должен владеть семейной ситуацией, он должен уметь слушать и вести психотерапевтическую работу с помощью вопросов, «резюмирования» и других приемов.

Каждый специалист, работающий с ребенком с отклонениями в развитии, обязательно должен проводить психотерапевтическую работу с родителями. Педагогу необходимо проанализировать особенности семейного воспитания ребенка, обратив внимание на такие параметры, как эмоциональное принятие большого ребенка родителями, заинтересованность в ребенке, забота о нем, требовательность к нему, демократизм или авторитарность в семейных отношениях. На основе этих данных и личного наблюдения определить преобладающий тип семейного воспитания по следующим параметрам: отвержение, безразличие, гиперопека, требовательность, устойчивость, любовь. Обучением родителей в рамках таких программ занимаются профессиональные педагоги, специализирующиеся на обучении родителей, социальные работники, домашние учителя, что обеспечивает в дальнейшем организацию непосредственного обучения ребенка.

Программы домашнего обучения.

Такие программы обладают рядом преимуществ:

- 1) Работа с программой оказывает психотерапевтический эффект на родителей.
- 2) Родители получают возможность непосредственно работать со своим ребенком.
- 3) Программы могут быть легко адаптированы к индивидуальным особенностям каждой семьи.
- 4) Все члены семьи выигрывают от участия в программе.

Основная цель программ домашнего обучения состоит в стимуляции психомоторного развития ребенка с учетом его индивидуаль-

ных особенностей, возраста, а также структуры ведущего отклонения в развитии и сопутствующих эмоционально-поведенческих и других нарушений.

Наиболее важными принципами, на которых основываются программы с участием родителей, являются гибкость и индивидуализация.

Одной из программ домашнего обучения является так называемый «Проект Портадж». Его основная цель – научить родителей использовать различные методы модификации поведения при взаимодействии с детьми, то есть родителей обучают контролировать ситуацию в целях повышения эффективности процесса обучения, а также наблюдать за поведением детей и фиксировать его.

Эта программа предназначена для детей от 0 до 6 лет с различными отклонениями в поведении, эмоциональной неуравновешенностью, задержкой в умственном развитии, физическими недостатками. Педагог посещает семью на дому, вначале чтобы оценить уровень развития ребенка. Затем он посещает семью каждую неделю и знакомит родителей с необходимыми учебными пособиями.

Общественные организации, центры ранней помощи

Психотерапевтический эффект на родителей оказывает информация о возможных источниках помощи. Процесс становления и развития системы поддержки детей раннего возраста в мировой практике продолжается уже не одно десятилетие. Ранняя помощь детям и семьям во всем мире стала одной из приоритетных областей деятельности учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты.

В настоящее время в нашей стране сложились условия для целенаправленного решения насущных проблем, связанных с оказанием ранней психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с особыми потребностями и их семьям. Одной из реализуемых задач в этой области является создание системы служб ранней помощи.

В Российской Федерации создание такой системы проходит на государственном уровне. Развивается инклюзивная система образования, растет количество вариативных форм педагогического сопровождения детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с ОВЗ (службы ранней помощи, группы кратковременного пребывания, игровые центры, лекотеки и т. д.), поэтому весьма актуальной

является разработка эффективных методов педагогического воздействия на базе данных образовательных учреждений, в том числе приемов и методик из арсенала социально-культурных технологий.

Во многих странах мира организуются ассоциации родителей, в которые объединяются родители детей с определенной нозологической формой нарушения развития, чтобы оказать друг другу необходимую психологическую поддержку и поделиться опытом по воспитанию «особого» ребенка в семье на специализированных сайтах. Иногда знакомства осуществляются через специальные публикации адресов и фамилий родителей, желающих познакомиться с людьми, имеющими аналогичный опыт, в Интернете через социальные сети.

Члены ассоциаций участвуют также в работе научных конференций, спрашивают, делятся своим опытом, выпускают сборники актуальных статей по интересующим участников проблемам. Более того, страницы печати этих специальных выпусков используются, чтобы глубже информировать общественность о проблемах семей, имеющих «особых» детей, а также способствовать более раннему и более полному выявлению детей с особыми образовательными проблемами и оказанию им помощи. Предполагается, что организация таких сообществ родителей содействует объединению усилий специалистов и родителей, направленных на возможно более полную реабилитацию детей с различными отклонениями в развитии.

Психотерапевтический эффект на родителей может оказать информация о доступных ребенку формах интеграции или инклюзии. Такая интеграция осуществляется в интересах ребенка с учетом уровня его психофизического и социального развития. Предложено несколько моделей, реализация которых предполагает участие в этом процессе специалиста в области специальной педагогики и специальной психологии. Последний помогает педагогам общеобразовательных учреждений организовать обучение и воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в коллективе здоровых сверстников.

Полная интеграция эффективна для детей с достаточно высоким уровнем психофизического развития, психологически подготовленных к совместному со здоровыми детьми обучению.

Для большинства детей с отклонениями в развитии доступны частичная и особенно временная формы интеграции, способствующие ранней социализации детей с отклонениями в развитии.

При частичной интеграции «особый» ребенок находится в общеобразовательной группе (1–2 чел.) лишь часть дня.

Временная интеграция предполагает объединение детей специальных и массовых групп на различных мероприятиях не реже двух раз в месяц независимо от тяжести нарушений.

Более радикальным методом является инклюзия, которая не подразумевает специальную подготовку детей с особыми образовательными потребностями для совместного обучения с нормативно развивающимися детьми. Подготавливается среда, соответствующая образовательным потребностям каждого ребенка, имеющего и не имеющего особых образовательных потребностей.

Создание гибкой системы образования детей с нарушениями в развитии позволяет расширить возможности выбора адекватных и эффективных форм педагогического воздействия и отвечает интересам как нетипичного ребенка, так и его семьи.

Семьи, воспитывающие детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями в развитии, нередко остро нуждаются в консультативной помощи специалистов.

Создаются группы надомного обучения, а также учреждения с консультативными функциями, осуществляющие прием детей с конкретной патологией. При этом контингент детей не ограничивается только жителями определенного города или района. Консультируют всех, кто нуждается в помощи и может приехать. Семьям, не имеющим такой возможности, необходимые материалы могут быть высланы по почте.

Центры ранней помощи организованы во всех районах Москвы и в других городах.

В 1992 г. с помощью специалистов из Швеции в Санкт-Петербурге был создан Институт раннего вмешательства, который разрабатывает программы ранней стимуляции развития детей (2–3 года).

Различные реабилитационные центры ставят перед собой задачи по социализации детей, обучению родителей, гармонизации семейных отношений; обеспечивают родителей специальной литературой, аудио- и видеоматериалами.

Проблемы реализации новых подходов к содержанию, обучению и воспитанию «особых» детей решаются в НИИ коррекционной педагогики РАО, на кафедрах дефектологических факультетов и факультетов специальной педагогики и психологии педагогических университетов, Центров лечебной педагогики и др.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какова роль психотерапии в предупреждении и коррекции вторичных эмоциональных расстройств у детей с отклонениями в развитии?
2. В чем состоит психотерапевтическая работа с семьей?
3. Как реагируют родители на медицинский диагноз о наличии отклонений в развитии у ребенка?
4. В чем заключается психогигиена семейного воспитания ребенка?
5. Какие методы групповой психотерапии являются наиболее эффективными в работе с родителями «особых» детей?
6. Какую информацию можно получить в медико-генетической консультации?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: Викторина «Техника поведенческой групповой, семейной психотерапии»; решение кейсов.

Внеаудиторная форма: подготовка проектов и презентаций по методам психотерапии семьи ребенка с ОВЗ (синдромом Ретта или другими формами неизлечимых болезней).

ГЛАВА VI.

РЕБЕНОК С ПРОБЛЕМАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В СЕМЬЕ

6.1. ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В СЕМЬЕ

Почти 70% родителей маленьких детей склонны переоценивать их способности, а 25% – недооценивают. Только 5% родителей правильно оценивают возможности своих детей. Следовательно, большинство из них нуждаются в помощи специалистов в этом вопросе.

Воспитанием ребенка с нарушением интеллектуального развития занимаются в основном матери, лишь в 24% случаев – отец и мать, а примерно в 6% семей ребенок предоставлен сам себе.

В семьях детей с легкими формами умственной отсталости примерно 1/3 родителей являются выпускниками коррекционных школ VIII вида, то есть сами страдают интеллектуальной недостаточностью, хотя и в легкой степени. Следствием этого являются проблема дальнейшего образования и трудоустройства родителей и материального благополучия семьи. Среднее число детей на такую семью несколько больше, чем у родителей детей, развивающихся нормативно. Такие семьи распадаются чаще, а в нераспавшихся семьях родительские функции нередко перекладываются на бабушку со стороны матери. Дети нередко воспитываются в учреждениях интернатного типа, что разрушает не только детско-родительскую подсистему, но и детскую, так как не развиваются взаимоотношения с сибсами – братьями и сестрами. Ребенок часто чувствует свое одиночество, отверженность в семье. Отцы практически устраняются от воспитания даже в тех случаях, когда не могут оправдать это занятостью на работе, так как не имеют работы. В таких семьях отмечается повышенная частота повторных случаев рождения умственно отсталых детей. Таким образом, необходим дифференцированный подход к оказанию помощи этим семьям, включая медико-генетическое консультирование и планирование семьи.

Среди детей с нарушениями умственного развития 27% представлено такими категориями, как дети-сироты, социальные дети-сироты,

опекаемые дети, 43% из них проживают в неполных семьях, более 7% находятся под опекой, 62% проживают в неблагополучных семьях, 28% – в семьях социального риска. Родители детей с интеллектуальной недостаточностью имеют начальное (14%), среднее (26,3%) и среднее специальное (56,6%) образование. Высшее образование получили только 0,9% родителей. В исследовании Д. В. Зайцева было показано, что большинство родителей умственно отсталых детей принадлежат к двум профессиональным группам: рабочим (24,7%) и работникам сельского хозяйства (31,6%). Семей, воспитывающих одного ребенка, оказалось в два раза больше среди учащихся общеобразовательных учреждений по сравнению со специальными. В то же время почти 1/4 семей, воспитывающих умственно отсталого ребенка, – многодетные. В неполных семьях, с отчимами или приемными отцами живут 73,5% таких детей. Такое положение ребенка в семье в ряде случаев может определять неадекватные методы воспитания и нарушения поведения.

В 13% семей умственно отсталых детей родители являлись алкоголиками, наркоманами, правонарушителями. В этих семьях отмечалось насилие по отношению друг к другу и собственным детям.

Большинство семей, воспитывающих умственно отсталых детей, живут за чертой бедности.

Характерными нарушениями родительского поведения в случае рождения больного ребенка являются: потворствующая гиперопека, стиль «фобия потери ребенка», либо скрытая или открытая отчужденность, связанная с психической депривацией ребенка.

Наиболее тяжелым последствием гиперопеки является отставание в психическом развитии ребенка.

Потворствующая гиперопека может быть связана с неверием в силы ребенка, его возможности, а также с «фобией утраты ребенка». Гипертрофированный страх за ребенка передается от матери самому ребенку, формируя у него «избегающее» поведение и определяя формирование его симбиотической связи с матерью. В таких случаях речь не идет даже об элементах самостоятельности у ребенка.

Эмоциональное отвержение чаще всего имеет место, когда ребенок не оправдывает ожиданий родителей, не удовлетворяет их социальные амбиции, что проявляется в повышенном уровне тревожности у ребенка, его педагогической запущенности, отставании в психическом развитии и девиантном поведении в более старшем возрасте.

Недостаточная отзывчивость родителей выражается в несвоевременном и недостаточном отклике на потребности детей, пренебрежении их чувствами. Они могут обнаруживать чрезмерно сильные реакции на отклонения в поведении ребенка и не замечать положительных явлений. Неотзывчивость родителей, особенно матерей, создает ситуацию депривации и еще более замедляет развитие ребенка, способствует нарушению его поведения. Привязанность к матери – необходимая стадия психического развития. Пользуясь поддержкой матери, ребенок приобретает уверенность в себе, становится активным в познании окружающего мира. Для ребенка, отстающего в психическом развитии, актуальность такой поддержки очевидна.

Специалисты должны помочь родителям найти адекватный состоянию ребенка стиль воспитания, в котором главным фокусом будет баланс необходимой опеки и требований, предъявляемых ребенку на разных этапах его развития.

Наиболее эффективными формами работы при нарушениях стилей воспитания являются: семейная психотерапия, групповая психотерапия с матерями, работа с несколькими родительскими парами, индивидуальная психотерапия.

Для создания в семье климата, способствующего развитию ребенка, специалисту, прежде всего, следует проанализировать позиции, которые занимают по отношению к ребенку с ограниченными возможностями его родители и ближайшие родственники, и лишь после этого избирать ту или иную тактику общения с ними.

Необходимо ликвидировать пробелы в образовании педагогов, учителей младших классов массовых школ, их низкую информированность в области коррекционной педагогики и специальной психологии. Введение в программу педагогических учебных заведений (как средних, так и высших) спецкурсов с соответствующей тематикой является важным фактором, меняющим ситуацию в профессионально-педагогическом образовании и в сфере массового просвещения.

Традиционные представления о детях с нарушениями интеллекта в последнее время значительно изменились. Если раньше он мог вызвать лишь сочувствие, то теперь он считается равноправным членом общества. Если раньше он рассматривался как нуждающийся в помощи и ухаживающей системе услуг, то теперь – как независимый, но нуждающийся в направлении и поддержке. С учетом современного подхода необходимо изменить отношение родителей,

специалистов и всего общества к ребенку с ограниченными возможностями. Финская Ассоциация организаций для лиц с нарушениями интеллектуального развития предложила делать это на основе следующих принципов:

- в каждом ребенке заложены возможности и способности, которые необходимо раскрыть, поддерживать и развивать;
- каждый ребенок является уникальной личностью;
- нарушение интеллектуального развития – это нарушение в сфере понимания. Неудовлетворительное окружение превращает это в недостаток, значит, это проблема окружения, а не больного;
- ребенок с нарушением интеллектуального развития растет и взрослеет, его жизненный цикл такой же, как у других людей;
- ребенок с нарушением интеллектуального развития имеет возможность прожить хорошую и разнообразную жизнь. Давайте предоставим ему эту возможность!

Особые психологические проблемы возникают в семьях, имеющих как больного, так и здорового ребенка. Иногда родители предъявляют явно завышенные требования к здоровым детям, требуя от них ухода за больным и превращая его в «няньку». Свои потребности эти родители рассматривают как наиболее приоритетные и уделяют детям мало времени и внимания. Иногда здоровым детям приходится прибегать к своеобразной психологической защите с целью компенсации. Это может приобретать характер дезадаптации.

Кроме того, психологическая обстановка в семье может ухудшаться, когда у ребенка с нарушениями в развитии наряду с его основным дефектом могут проявляться эпизодические или достаточно стойкие различные осложняющие психические расстройства. Высокая частота этих осложнений, до 50% и выше, и крайне неблагоприятное их влияние на общую адаптацию как ребенка, так и членов семьи, обуславливают необходимость особого внимания к ним родителей и специалистов.

Для более успешного развития ребенка важен не только благоприятный психологический климат в семье, который зависит от внутренних стратегий адаптации, но и от успешности внешних способов приспособления, в частности, сохранение активных контактов семьи с друзьями, коллегами, с миром. Важно, чтобы семья не замыкалась в своем горе, не уходила «в себя», не стеснялась своего «особого» ребенка.

Для правильного воспитания и наиболее благоприятного развития больного ребенка очень важна адекватная адаптация семьи к его состоянию.

Чем меньше ребенок, тем больше иллюзий удается сохранить родителям относительно его дальнейших успехов в развитии.

Большинство родителей маленьких детей с умственной отсталостью в первую очередь обеспокоены, сможет ли он обучаться в массовой школе. В настоящее время их можно успокоить. Это вполне реально в рамках интегративного или инклюзивного образования. И не нужно при обучении ребенка чтению, письму, счету организовывать дополнительные занятия с педагогом, стремиться дать ребенку такое количество информации, которое он не в состоянии осмыслить. При этом не забывать формированию социально-бытовых навыков уделять такое же внимание.

6.2. ПОМОЩЬ СПЕЦИАЛИСТА В ВОСПИТАНИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

Оказывая помощь семье, специалист дает родителям полную информацию об особенностях их ребенка: указывает его специфические положительные и отрицательные особенности, слабые и сильные стороны, подчеркивая последние.

Он на примерах убеждает мать, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья, как это ни парадоксально, является не столько обузой для нее, сколько источником ее духовного роста. Ежедневное общение с ним коренным образом меняет ее мировоззрение, она становится гуманнее, мудрее, осознавая, что все люди имеют право на существование и любовь независимо от того, похожи они или не похожи на других. Такое «прозрение» матери является благом для обеих – матери и ребенка – и играет решающую роль в гармонизации семейных отношений. Ребенок пробуждает в матери ее творческое начало. Начиная помогать собственному ребенку, она творчески подходит к его воспитанию и делится своим опытом с окружающими.

Специалист напоминает родителям о необходимости сохранять физическое и психическое здоровье. Для этого полезно выполнять некоторые рекомендации относительно общего режима, а также владеть отдельными приемами аутогенной тренировки. Умение управлять своим дыханием (урегулирование дыхания)

способствует регуляции эмоционального состояния, особенно в стрессовых ситуациях.

Специалист разъясняет родителям важность сохранения контактов с социальным окружением, что способствует социальной адаптации ребенка. При этом не следует внушать ребенку, что он больной. Нужно использовать все средства, чтобы воспитать ребенка жизнерадостным, активным, уверенным в своих силах. Полезно хвалить его при посторонних, повышая его самооценку.

Важно сохранить в семье единство и согласованность всех требований к ребенку. Согласованное влияние, единый подход помогают быстрее сформировать его навыки и умения, социально приемлемое поведение. Дети стараются подражать родителям. Поэтому разные подходы родителей, особенно грубость одного из них, вызывают эмоциональный стресс. Родители должны организовать охранительный режим, который щадит и в то же время укрепляет нервную систему ребенка. Режим освобождает ребенка и родителей от ненужных усилий. Необходимые привычки формируются медленно, поэтому их надо отрабатывать долго и упорно в условиях соблюдения режима.

Важно, чтобы родители активно и систематически наблюдали за развитием своего ребенка с рождения. Это поможет своевременно обратить внимание на те особенности ребенка, по поводу которых следует посоветоваться со специалистами.

Полезно фиксировать в дневнике свои наблюдения и те приемы, которые оказались эффективными. Это поможет критически оценить свое отношение к ребенку, учесть успехи и неудачи.

Надо учить ребенка ориентироваться в окружающем мире, общаться с людьми. Следует знакомить ребенка с различными явлениями окружающего мира в естественных для них условиях. Ребенок должен знать, где и как покупается пища, уметь самостоятельно есть и т. д. Снижение требований в отношении навыков опрятности, самообслуживания, посильного труда в семье, заботы о близких должно быть минимальным.

Предметы познаются в разных ситуациях: на рисунке, в книге, в процессе рисования, лепки, ручного труда.

Малыша побуждают не только отвечать на вопросы, но и делать умозаключения, оценивать свои и чужие действия, рассказывать. В процессе такого воспитания у ребенка развиваются познавательная деятельность, внимание, мышление, память, речь, необходимые

навыки и умения. Вся деятельность детей должна сопровождаться эмоциональной вовлеченностью. В игре с ребенком мама комментирует его действия, повторяет фразы в нескольких вариантах, в разных типах коммуникативных высказываний (сообщение, вопрос, побуждение, отрицание).

Таким образом, воспитание ребенка с нарушением интеллекта в семье включает работу родителей по следующим основным направлениям:

- постоянная стимуляция психического развития, соответствующая возрастным и индивидуальным особенностям ребенка;
- создание благоприятных условий для обучения и охранительного режима;
- формирование эмоционально-положительного предметно-практического и речевого взаимодействия ребенка с родителями.

Это будет способствовать социальной адаптации ребенка и предупреждению формирования патологического поведенческого стереотипа. Критерием правильного воспитательного подхода может служить состояние психофизиологического комфорта у ребенка и остальных членов семьи.

Основные направления в работе специалистов с семьей (В. В. Ткачева):

1. Гармонизация семейных взаимоотношений.
2. Коррекция психологического состояния матери.
3. Коррекция детско-родительских отношений.
4. Помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических).
5. Обучение матери специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях.

6. Обучение матери специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка.

Ориентируясь на эти направления, педагог-дефектолог решает следующие задачи.

1. Коррекция неконструктивных форм поведения матери, таких, как агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка, негативные желания, стремление уйти от трудностей, примитивизация поведения, связанная со сниженной самооценкой.

2. Формирование понимания матерью проблем ее ребенка, а именно: постепенный отход от позиции, отрицающей наличие

проблем («Он у меня такой же, как все»), и позиции противопоставления себя социуму и переход в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»).

3. Постепенное исключение гиперболизации проблем ребенка, представления о бесперспективности развития ребенка («Нет, из него никогда ничего не получится»).

4. Повышение личностной самооценки матери в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка.

5. Коррекция внутреннего психологического состояния матери: переживания, связанные с психофизической недостаточностью ребенка, должны постепенно перейти в осознание возможностей ребенка, в радость от его маленьких успехов.

6. Осуществление личностного роста матери в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания с помощью психолога; переход матери из позиции переживания за недуг ребенка в позицию творческого поиска реализации его возможностей.

7. Трансформация воспитательно-образовательного процесса, реализуемая матерью по отношению к ребенку, в психотерапевтический процесс по отношению к себе самой; созидательная деятельность матери, направленная на ее ребенка, помогает ей самой, излечивая ее от негативного воздействия психологического стресса.

Формы индивидуальной работы с родителями:

1. Демонстрация матери приемов работы с ребенком.
2. Конспектирование матерью уроков, проводимых педагогом.
3. Выполнение домашних заданий со своим ребенком.
4. Чтение матерью специальной литературы, рекомендуемой педагогом.

5. Реализация творческих замыслов матери в работе с ребенком.

Этапы психолого-педагогической работы с матерью.

В работе специалиста можно выделить три основных этапа: первый этап направлен на привлечение матери к учебному процессу. Педагог должен убедить мать больного ребенка в том, что именно в ней очень нуждается ее малыш, что кроме нее этим процессом заняться некому.

Второй этап. Формирование увлечения матери процессом развития ребенка. Педагог показывает матери возможность существования маленьких, но очень важных для ее ребенка достижений. Мать обучается отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает специалист.

Третий этап характеризуется раскрытием перед матерью возможности личного поиска творческих подходов к обучению ее ребенка и личного участия в исследовании его возможностей.

Именно проявление творчества, по мнению В. В. Ткачевой, позволяет матери при столь длительном стрессе нейтрализовать негативное внутреннее психологическое состояние, переструктурировать всю иерархию установок и ценностей.

6.3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ГОУ С СЕМЬЯМИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Предложенная Е. Г. Дементьевой психокоррекционная модель представлена следующими формами:

1. Индивидуальное консультирование родителей.

Проводится с целью преодоления различных трудностей в обучении, воспитании и общении с ребенком в семье. Также служит основой установления личного контакта между педагогом и родителями.

2. Участие родителей в тематических собраниях, проводимых коррекционным педагогом совместно с другими специалистами ГОУ.

В результате осуществляется просвещение близких взрослых в области коррекционно-развивающей деятельности и эффективно-го взаимодействия с ребенком. Примерная тематика собраний:

- «Познание себя как родителя»;
- «Конфликты с детьми и их преодоление»;
- «Анализ различных подходов в воспитании детей»;
- «Наказания и поощрения – за и против»;
- «Как подготовить ребенка к школе».

3. Посещение индивидуальных занятий коррекционного педагога родителями.

Направлены на формирование навыков сотрудничества при организации совместной деятельности, укрепление сплоченности и взаимопонимания в диаде «мать – ребенок». Благодаря демонстрации приемов работы с ребенком и конспектированию занятий дефектолога повышается уровень компетенции родителей в области обучения и воспитания детей.

4. Совместное проведение досугов (праздников, развлечений).

Проводятся с целью раскрепощения, объединения родителей, детей и педагогов.

Предлагается и следующая тематика праздников:

- «Встреча Нового года»;
- «Рождественские забавы»;
- «Масленица»;
- «Наши милые мамы»;
- «Лучший папа» и др.

5. Стенд для родителей.

Рубрики обновляются ежемесячно. Здесь в занимательной форме собрана вся полезная информация. Большую практическую значимость имеет раздел «Родительские университеты». Родители, которые по тем или иным причинам не смогли встретиться с дефектологом, имеют возможность в письменной форме задать ему вопрос и проконсультироваться лично.

6. Ведение дневника «События нашей жизни».

Данное направление основано на разработках Е. Л. Гончаровой и О. И. Кукушкиной и в модифицированном виде внедрено Б. Г. Дементьевой в психокоррекционную работу. Это специально организованная и систематическая работа самого ребенка, предметом которой является его собственная жизнь, отраженная в доступных ему знаковых формах. Цель этого направления – наладить сотрудничество и сотворчество между родителями и детьми.

7. Работа с родительской группой, которая включает:

- анализ конкретных проблем, связанных с воспитанием и обучением;
- выбор адекватных форм общения и поведения во взаимодействии с ребенком;
- установление конструктивных отношений со специалистами ГОУ.

Эта работа способствует расширению арсенала средств педагогического и психологического воздействия на ребенка, тренировке родителей в использовании новых приемов взаимодействия с ним. Служит гармонизации внутрисемейных отношений, социальной адаптации семьи, воспитывающей ребенка с нарушением интеллекта.

Отмечаются существенные позитивные изменения:

- в восприятии семейных отношений умственно отсталым дошкольником;

- в осознании своего положения в семейном коллективе;
- в структурировании родительского отношения к детям;
- в динамике родительского отношения к детям, которое становится более теплым, принимающим. Родители более адекватно оценивают состояние своих детей.

Во многих семьях ребенок принимается таким, какой он есть. Получив всесторонние сведения о закономерностях развития, различных моделях воспитания и обучения, особенностях личности и поведения детей, члены семьи более оптимистично оценивают свои перспективы.

Информация для родителей

Старайтесь придерживаться следующих правил, это облегчит вашу жизнь:

1. Преодолевайте страх и отчаяние.
2. Не тратьте время на поиски виновного. Его просто не бывает.
3. Определите, какая помощь необходима вашему ребенку и вашей семье, и начинайте обращаться к специалистам:
 - медицинская помощь (консультация у детского психоневролога и других специалистов);
 - психолого-педагогическая помощь (обучение в специализированном учреждении на основе рекомендаций ПМПК, посещения интегрированной группы кратковременного пребывания (инклюзивное обучение на базе массового детского сада).

6.4. ОСОБЫЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Синдром Дауна

Этот синдром назван по имени врача, впервые описавшего его в 1866 г. Синдром Дауна обусловлен хромосомными нарушениями, в основе которых лежит изменение числа хромосом.

Частота появления синдрома Дауна во всех странах мира примерно одинакова: у одного из 800–1000 новорожденных. Дети с синдромом Дауна с одинаковой частотой рождаются у родителей, принадлежащих ко всем социальным слоям и этническим группам независимо от уровня образования. Риск рождения ребенка с синдромом Дауна (простой трисомией) зависит от возраста родителей, особенно матери. Если мать моложе 35 лет, то риск синдрома Дауна

в семье низкий – около 0,4%, при возрасте родителей старше сорока этот риск возрастает до 4,1%.

Однако большинство детей с синдромом Дауна рождаются у матерей, не достигших этого возраста, по той причине, что в более старшем возрасте женщины реже рожают.

Синдром распознается сразу после рождения по характерному виду ребенка. Возможна и более поздняя диагностика. Во всех случаях необходимо цитогенетическое исследование. У ребенка характерное плоское лицо, монголоидный разрез глаз, уменьшенных размеров череп со скошенным затылком, деформированные, небольших размеров и низко расположенные ушные раковины. Нос короткий с уплощенной переносицей, часто наблюдается недоразвитие верхней челюсти, большой складчатый («географический») язык. Обращает на себя внимание также малая масса тела при рождении, низкий рост, непропорциональные по отношению к туловищу короткие конечности. Кроме того, более чем у половины детей обнаруживаются пороки развития внутренних органов, особенно часто сердечно-сосудистой системы. У новорожденных короткая широкая шея с кожной складкой, на ладони нередко поперечная складка. Довольно часто деформирована грудная клетка. Дети отличаются вялостью, мало кричат, плохо сосут. При неврологическом обследовании у них наблюдаются снижение мышечного тонуса, косоглазие, нарушение вестибулярного аппарата и некоторые другие признаки.

При сообщении диагноза большинство родителей испытывают шок и не могут поверить в правильность хромосомного анализа. Для того чтобы пережить семейный кризис требуется время. Печаль и чувство утраты может время от времени возникать снова и снова, но многие согласны с тем, что жизнь приобретает более глубокий смысл, приходит понимание, что в жизни действительно важно.

Тем не менее некоторые семьи распадаются, но другие, наоборот, еще более спланиваются и даже усыновляют детей с синдромом Дауна.

С первых месяцев жизни дети отстают в психомоторном развитии. У большинства из них позднее развивается речь и имеются дефекты звукопроизношения. Дети недостаточно хорошо понимают обращенную к ним речь, их словарный запас беден. Вначале некоторые родители боятся подойти к своему малышу, посмотреть на него, дотронуться до него, взять на ручки. Однако, когда это происходит, наступает облегчение, ведь это младенец и необходимость ухода за ним успокаивает как и всякое дело.

Относительная сохранность эмоциональной сферы, хорошая подражательность детей с болезнью Дауна способствуют тому, что интеллектуальная недостаточность этих детей для родителей становится очевидной в несколько более старшем возрасте, обычно после 2–3 лет. Умственная отсталость при синдроме Дауна проявляется в разной степени. Дети отличаются конкретным, замедленным мышлением, у них нарушены внимание, смысловая память. Механическая память остается более сохранной.

Дети приветливы, общительны, доверчивы. Обычно проявляют нежную привязанность к близким и ухаживающим за ними людьми. Однако некоторые из них могут быть повышено возбудимы, расторможены, упрямы.

Для детей с синдромом Дауна характерно позднее половое созревание и раннее появление признаков старения организма. В этот период подростки утрачивают приобретенные ранее навыки, отличаются пассивностью, бездеятельностью, иногда чрезмерно возбуждены.

До сих пор не описано ни одного случая рождения детей у мужчин с синдромом Дауна. Около 70% женщин фертильны, но у них высокий риск рождения ребенка с синдромом Дауна.

Развитие детей с синдромом Дауна может быть разным. Став взрослыми, они могут продолжить свое обучение, которое должно быть лично ориентированным. Другие не могут достигнуть полной социальной адаптации и нуждаются в опеке и помощи близких. Заранее предсказать развитие младенца с синдромом Дауна не представляется возможным.

Информация для родителей

Если у ребенка синдром Дауна, следует тщательно обследовать малыша у специалистов. Прежде всего, следует выяснить, нет ли у ребенка врожденного порока сердца, и, если он будет обнаружен, нужно решать вопрос со специалистами о возможности и целесообразности операционного лечения. Врожденные пороки сердца при болезни Дауна наблюдаются в 40–60% случаев. Эти дети отличаются высокой степенью реабилитации. Благодаря достижениям хирургии в последние десятилетия такие малыши очень быстро выздоравливают и живут долго и счастливо.

Уши, нос и горло. Апноэ во сне – это состояние, когда из-за увеличения аденоидов или миндалин блокируются дыхательные пути

ребенка, он дышит ртом, ему не хватает кислорода во время сна. Ребенок храпит, имеются перерывы в дыхании, плохо спит и выглядит усталым по утрам (встречается у 45% детей). Проблема решается оперативно удалением аденоидов или миндалин. Если у ребенка лишний вес, то проблема решается похудением.

Всем детям с болезнью Дауна необходимо обследовать слух, так как нарушения слуха у них достаточно частые (у 50–60%). А не выявленные нарушения слуха значительно затрудняют развитие речи и общее психическое развитие ребенка. Малыша следует проконсультировать также у глазного врача и эндокринолога. Рекомендуется ежегодное обследование слуха до 12 лет. Чаше, чем у других детей, может возникать круп – воспалительный отек трахеи и слизистой глотки с лающим кашлем. В этих случаях необходимо вызвать врача. Легкие формы лечатся антигистаминными препаратами, тяжелые – стероидами.

У многих детей с болезнью Дауна имеются различные дефекты зрения, которые могут быть врожденными или развиваться в течение жизни: катаракта, сужение носослезных каналов, косоглазие, блефарит, нистагм, близорукость, дальнозоркость, астигматизм. Характерно позднее прорезывание зубов.

Проблемы с кожей: сухая кожа, хейлит, экзема, себорея, алопеция (облысение). Необходима консультация врача.

Недостаточность или гиперфункция щитовидной железы и других желез внутренней секреции. Диабет первого типа (частое мочеиспускание, сильная жажда, потеря веса, хроническая усталость).

Заболевания кровеносной системы. Лейкемия (рак крови) встречается у детей с синдромом Дауна в 10–30 раз чаще, чем у других детей.

Родителям следует внимательно наблюдать за своим ребенком, чтобы не пропустить различные приступообразные состояния с мимолетным отключением сознания, подергивания в различных частях тела. Известно, что примерно у 10% детей с болезнью Дауна наблюдаются эпилептические припадки.

Какого уровня развития может достичь ребенок с синдромом Дауна?

Ответ на этот вопрос в определенной степени зависит от того, как рано и как упорно обучать малыша основным навыкам и умениям. Несмотря на то что дети с болезнью Дауна отстают в умственном развитии и требуют к себе очень много внимания, они – члены семьи, общества и благодарно откликаются на любовь и заботу.

Поскольку эти дети малоактивны, родителям следует поощрять проявленную ими самостоятельность в различных видах деятельности, в игре, навыках самообслуживания.

При обучении ребенка с болезнью Дауна навыкам самообслуживания необходимо использовать его подражательность. Создавать как можно больше ситуаций, в которых ребенок мог бы наблюдать за действиями мамы при одевании, раздевании, умывании, уборке помещений и т. п. Если в семье есть еще дети, им следует предоставить возможность как можно больше наблюдать за их действиями и игрой. Если постепенно обучать этим действиям и ребенка, делать это систематически, то обязательно будет положительный результат.

Для побуждения собственной активности ребенка очень полезными являются музыкальные занятия – музыкальная терапия или лечение музыкой, поскольку дети с болезнью Дауна очень восприимчивы к музыке, с удовольствием двигаются под нее, хлопают в ладоши, напевают. Поэтому им полезны специальные игры под музыкальное сопровождение, например, катание мяча, ритмические движения, имитация действий персонажей сказок и т. п. С ними можно разучивать простые стихотворения, считалки. Важное значение имеют специальные игры, направленные на развитие общей моторики, координацию движений. Детей следует учить бегать, прыгать, бросать и ловить мяч, скатываться с горки. При проведении всех этих занятий следует использовать характерную особенность этих детей – их подражательность и музыкальность. Следует чаще ласкать, обнимать своего ребенка, и он таким же способом будет выражать свое отношение к близким.

Нужно показывать малышу большие яркие картинки, учить его рассматривать их, кратко объяснять их содержание.

Особое внимание следует обратить на развитие речи малыша. При этом опять же необходимо опираться на большую подражательность ребенка. Поэтому кроме проведения специальных занятий по развитию речи нужно взять за правило для себя комментирование своих действий, за которыми наблюдает малыш, простыми предложениями типа: «я мою руки», «надеваю пальто», «режу хлеб», «мою чашку» и т. п. Называйте предметы и действия, на которых в данный момент сосредоточено внимание ребенка. Делая это постоянно, добьетесь значительного прогресса в развитии его речи.

Необходимо читать ребенку больше книг, подбирать тексты в соответствии с его уровнем понимания. При этом использовать

издания с яркими, крупными картинками, иллюстрирующими содержание текста. Полезно в процессе чтения одновременно рисовать отдельных персонажей.

Для ребенка с болезнью Дауна очень важным является соблюдение режима, приучение к аккуратности, раннее участие в различных видах бытового труда вместе со взрослыми, а затем и самостоятельно под их руководством. И как бы ни было трудно, какое бы отчаяние ее ни охватило, мать должна помнить: главное – это терпение и любовь.

Какие программы раннего обучения могут быть использованы родителями для домашнего обучения детей с синдромом Дауна?

В настоящее время для детей с синдромом Дауна адаптирована зарубежная программа ранней педагогической помощи «Маленькие ступеньки», в которой рассматриваются оценки уровня развития ребенка и определяется адекватная стратегия его обучения и воспитания. Подобный вариант оценки показывает родителям, что ребенок может делать, а чего нет. Такая оценка помогает определить следующую ступеньку, то есть следующее умение, которое следует развивать у малыша. В перечень умений, определяющих развитие ребенка, входят четыре проверочные таблицы, которые охватывают основные области развития:

1. Общая моторика.
2. Тонкая моторика.
3. Зрительно-моторная координация.
4. Восприятие и понимание речи.
5. Степень развития социальных навыков.

Работа по программе «Маленькие ступеньки» требует индивидуального подхода к детям, многие из которых нуждаются не только в развитии психомоторных функций, но и в коррекции нарушенных функций, например, зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, функции активного внимания, поведения.

Специально проведенные исследования по изучению познавательных функций у детей с синдромом Дауна показали преобладание у многих из них зрительного восприятия над слуховым даже в случаях нормального слуха. Это определяет способность многих детей к более раннему усвоению чтения. Некоторые дети начинают раньше читать, чем говорить. Это необходимо учитывать при работе по программе «Маленькие ступеньки».

У детей с синдромом Дауна снижен интеллект, у одних в большей степени, у других – в меньшей. Если рано начать с ними заниматься и использовать для стимуляции их развития специальные методики, то некоторые из них впоследствии могут быть интегрированы в обычные классы массовых школ.

Наиболее заметно у таких детей отставание в развитии речи. Развитие координации движений у них тоже замедлено. Как и у всех детей, у них бывает и плохое и хорошее настроение, но в целом они общительны и ласковы. Их доброта и заботливость подчас очень трогательны, и в этом их большое преимущество.

Не следует сравнивать поведение и развитие ребенка с синдромом Дауна с аналогичными показателями других детей. Не следует фиксировать внимание на том, что ребенок выглядит или ведет себя иначе. В действительности родители должны концентрировать внимание не на отрицательных качествах, а на достоинствах ребенка и на источниках его совершенствования, таких, как программы ранней стимуляции его развития.

Целесообразно вступить в Ассоциацию родителей детей с синдромом Дауна участвовать в форумах в Интернете, где можно получить ценные практические советы и предложения от других родителей, которые сами оказались в подобной ситуации, преодолели ее и способны поделиться опытом. Необходимо включить ребенка в нормальную жизнь семьи. Родителям, которые сближаются со своими «особыми» детьми, удастся гармонизировать отношения в семье и развить в себе особую чуткость. Это влияет и на отношение братьев и сестер к ребенку с синдромом Дауна. Воспитание такого ребенка должно быть делом всей семьи. Замечено, что, когда братья и сестры общаются с таким ребенком, они утрачивают обычную эгоцентричность, становятся более добрыми, заботливыми и чуткими по отношению к родителям и друг к другу. Этот ребенок может поднять на более высокий уровень отношения между всеми членами семьи.

С другой стороны, не следует забывать про остальных членов семьи. В таких семьях мать может считать, что супруг сам о себе позаботится, но на самом деле для сохранения супружеских отношений супругам необходимо заботиться друг о друге, тогда и воспитание ребенка будет эффективнее. Родственникам и знакомым не следует постоянно унижать ребенка и родителей своей жалостью.

Грудное или искусственное вскармливание

Дети с синдромом Дауна могут быть на грудном или искусственном вскармливании. Однако у грудного вскармливания есть преимущества.

Дети с синдромом Дауна легко простужаются, особенно часто у них болят уши – грудное молоко повышает иммунитет. Также они подвержены кишечным инфекциям – грудное молоко способствует размножению в кишечнике полезных бактерий, а это облегчает течение болезни. Дети с синдромом Дауна часто страдают запорами – грудное молоко оказывает послабляющее действие. Также у них часты пороки сердца – грудное молоко содержит меньше солей и более физиологично. Дети с синдромом Дауна часто вяло сосут – грудному кормлению свойствен ритм, облегчающий сосание. Дети с этой болезнью отстают в умственном развитии, грудное молоко – хорошая пища для развития мозга. Но во всех случаях дополнительная помощь необходима.

Как правило, дети с синдромом Дауна – гипотоники, слабо сосут, им нужно помогать, обучать. Необходимо терпение и еще раз терпение, пока мама и ребенок не поймут друг друга. Врожденный порок сердца и мышечная гипотония могут препятствовать активному сосанию. Малыш не может плотно обхватить сосок или соску, а став постарше, не может передвигать пищу во рту, так как не скоординированы движения мышц губ, языка и щек, что необходимо для процесса жевания и глотания. Для преодоления этих недостатков следует выполнять специальные упражнения по стимуляции рефлекса сосания. Ребенка с синдромом Дауна лучше кормить по требованию, а не по режиму, то есть когда сам покажет, что хочет есть хныканьем или беспокойством, чмоканьем, плачем.

На первом году жизни ранняя диагностика и помощь очень важны для развития двигательных функций. С помощью ранней диагностики и лечебной гимнастики ребенок приобретает моторные способности значительно раньше, чем без этой помощи. Совместные игры, развивающие коммуникативные способности, важны для развития всех детей, а особенно для умственно отсталых. Игра с пальчиками, подскоки на коленях, рифмы и песенки доставляют удовольствие ребенку и родителям. Они помогают развивать речь и расширяют возможности ребенка.

Дети с синдромом Дауна, как и другие дети, нуждаются в большом количестве игрушек. Игрушки должны побуждать к активному

действию и облегчать процесс познания. Важно в игру включать и других детей с нормативным развитием, это доставит много удовольствия и ребенку, и его партнерам по игре.

Если в семье есть еще дети, то необходимо подумать о семейных взаимодействиях: как появление такого ребенка отразится на здоровье полноценных братьев и сестер? Не будет «особый» ребенок угрожать прочности брака? Однозначного ответа на эти вопросы нет. Но известны многие семьи, в которых появление больного ребенка, по мнению матери, «научило мужа сильнее ее любить и оберегать их брак». Известны также случаи благоприятного воздействия больного ребенка на здоровых братьев и сестер, развитие у них доброты, терпения, ответственности, но все это, безусловно, зависит от тех взаимоотношений, которые сложились в семье еще до рождения ребенка с синдромом Дауна, от такта и мудрости матери.

Воспитание детей с болезнью Дауна в семье несколько облегчается тем, что большинству из них присуще дружелюбие, они по мере своих сил и возможностей стараются заслужить одобрение взрослых. Если у ребенка есть братья и сестры, то они, конечно, будут являться важными партнерами по играм. Их отношение к ребенку с синдромом Дауна будет во многом определяться отношением к нему самих родителей.

На втором году жизни особенно важно развивать речь. Этому помогают детские песенки и книжки с картинками и простой игровой материал. Любая книжка помогает узнать, рассмотреть и назвать уже известные картинки, а это лучше, чем бессмысленное рассматривание.

Как и для всех других детей, так и для детей с синдромом Дауна, для приобретения социального опыта, навыков группового общения полезно совместное осмысленное пребывание среди других детей. Важно при этом, чтобы группы были маленькими и там был квалифицированный персонал.

Это посещение лекотеки или подразделений службы ранней помощи, в более старшем возрасте – детского сада компенсирующего или комбинированного вида, интегративное обучение в группах кратковременного пребывания на базе детского сада или инклюзивное образование. Эффективность интегрированного обучения можно определить по следующим параметрам: поведение ребенка (способность осваивать пространство, способность инициировать игру, самостоятельно играть); отношение сверстников к ребенку

(взаимодействия в игровой ситуации); взаимоотношения с взрослыми, способность формировать доверительные отношения, обращаться за помощью, реакция на одобрение, навыки самообслуживания, способность разговаривать). Приведем пример оценки эффективности посещения группы кратковременного пребывания ребенком Кириллом П. с синдромом Дауна 5 лет, который с рождения и до 3-х лет получал необходимую раннюю помощь в благотворительной организации Даунсайд Ап (г. Москва) и посещавшего группу кратковременного пребывания на базе массового детского сада. Эмоциональный фон ребенка во время пребывания в группе был стабилен, плохое настроение, с которым ребенок иногда приходил, повышалось через 15 минут. Он использовал все пространство группы, а не забивался в страхе в угол при виде незнакомых детей. Но больше находился в одном месте, где имелись его любимые игрушки – машинки. Редко инициировал игру, возможно из-за слабо развитой речи. Отдельные слова и фразы появлялись только в моменты очень высокого эмоционального подъема. Ребенок с трудом переключался на другой вид деятельности, но, когда только пришел в группу, вообще отказывался от смены деятельности. Эта особенность характерна для всех детей с синдромом Дауна. Внимание здоровых сверстников не акцентировалось на дефекте. Группа была разновозрастной и к нему относились просто как к малышу. В игровой ситуации ребенку с синдромом Дауна отводилась роль наблюдателя, что было связано с трудностями коммуникации. За последний месяц посещения группы эксперты отметили несколько случаев активного взаимодействия с детьми. Ребенок может сформировать доверительные отношения с взрослым, что наблюдалось в отношении волонтера, приводившего его в группу и присутствовавшего там постоянно. С воспитателями не разговаривал, но требовал к себе внимания и похвалы. На обращения отвечал доступными ему средствами – жестами и улыбкой.

Два раза в год родители с ребенком приходят на консультацию в Даунсайд Ап. Для ребенка совместно с родителями разрабатывается индивидуальная программа по его развитию. В этой семье родители являются главными участниками процесса обучения и воспитания ребенка. К интегрированному воспитанию и обучению ребенок был подготовлен, поэтому общество других детей не испугало ребенка и не повлияло на его поведение. В обществе сверстников он демонстрировал способность к параллельной игре. Кирилл владел

некоторыми навыками самообслуживания и был способен формировать доверительные отношения с другим взрослым. С самого его рождения родители ориентированы на помощь и поддержку своего ребенка. Определенную роль в этом сыграла общественная организация, в которой они состоят и консультируются. С ее помощью родители выбрали интегративную форму образования, подразумевающую совместное с нормативно развивающимися детьми обучение. Он посещал группу кратковременного пребывания массового детского сада во второй половине дня в течение трех месяцев. Продолжительность посещения 3 часа. В этом детском саду воспитатели не были специально подготовлены к интеграции детей с ОВЗ, но относились к этому позитивно. Эксперты расценили эксперимент по развитию коммуникативной деятельности у ребенка с синдромом Дауна как успешный.

Жизнь в семье

Ребенок синдромом Дауна будет развиваться лучше, если родители, братья и сестры, родственники и соседи будут относиться к нему с терпением и любовью. Конечно, помощь родителей будет более действенной, если в семье будут согласие и понимание. Если родители попытаются раз и навсегда определить взаимоотношения, будут заботиться друг о друге и уделять другим детям достаточное внимание, то все это пойдет на пользу ребенку с синдромом Дауна.

В России сейчас создаются группы взаимопомощи родителей и группы общения для детей. Такие службы содействия семье успешно работают при общественных организациях, они помогут присмотреть за ребенком, чтобы у родителей появилось свободное время. Это большая помощь семье, когда родители знают, что могут получить отдых и спокойствие, но и время, проведенное с умственно отсталым ребенком, может быть очень полезным для всей семьи.

У большинства семей со временем появляется опыт обращения с умственно отсталым ребенком и умение воспринимать его таким, какой он есть.

Ценность человека с синдромом Дауна

Эта ценность, как и всякого человека, заложена в самой природе, в его уникальности как личности. Если к человеку с синдромом Дауна относиться как ко всем людям, он может добиться в жизни значительных результатов.

За последние годы в огромной степени возросло понимание того, что люди с отклонениями в умственном развитии (включая людей с синдромом Дауна) обладают чувством собственного достоинства и человеческими правами. Такое понимание присуще современной гуманистической философии, основная мысль которой – никто из людей не является совершенством, и каждый из нас обладает собственной индивидуальностью, собственными способностями, сильными и слабыми сторонами характера.

Если признавать, что жизнь человека бесценна, тогда нужно признавать и то, что ценность человеческой жизни ни в коей мере не умаляют интеллектуальные и физические недостатки. Для специалистов, работающих с людьми с умственными нарушениями, основной ценностью должно быть признание достоинства и значимости этих людей, а первостепенной задачей – улучшить жизнь этих людей настолько, насколько это возможно.

Особенности зрения и слуха у детей с синдромом Дауна

В настоящее время установлено, что у детей, имеющих интеллектуальные нарушения, значительно чаще, чем в общей популяции, встречаются нарушения зрения и слуха, которые могут осложнять основной дефект. Знать об особенностях поражения органов зрения и слуха у таких детей необходимо не только специалистам, работающим в области коррекционной и специальной педагогики, но и родителям, которые также могут способствовать своевременной медицинской коррекции и социальной адаптации ребенка. Ушные раковины у детей с синдромом Дауна меньше, чем обычно, округлой формы, с расплюснутым завитком, выступающим противозавитком, слабовыраженным козелком, противокозелком и мочкой, в некоторых случаях с кожными бугорками впереди ушной раковины. Деформация различной степени ушной раковины почти всегда сочетается с сужением наружного слухового прохода. Кожа его сухая, со слущивающимся эпидермисом и серой, которые, задерживаясь в наружном слуховом проходе, образуют серные пробки. Сухость наружного слухового прохода есть результат сухости наружных покровов так же, как и сухость слизистой оболочки губ, из-за чего на них образуются поперечные трещины.

Благоприятно на состояние кожи и особенности наружного слухового прохода действуют закапывание капель персикового, абрикосового, подсолнечного (простерилизованного) масла. Достаточно три-четыре дня в месяц закапывать по две капли подогретого

до температуры тела масла. При этой процедуре ушная раковина оттягивается вверх и немного назад, чтобы выпрямить наружный слуховой проход. В последующем при каждом мытье волос ушная раковина с наружным слуховым проходом промывается мыльной пеной, после чего тщательно вытирается. Промывание ушной раковины водой ни в коем случае нельзя делать ребенку с хроническим отитом среднего уха. Чтобы не допускать попадания воды в наружный слуховой проход, перед каждым мытьем волос надо закладывать в него промасленную ватку, которая не пропускает жидкость к барабанной перепонке.

Уходу за кожей лица и рук хорошо помогает водный настой аптечной ромашки, череды и мяты обыкновенной.

Трава заваривается кипятком из расчета одна столовая ложка на пол-литра воды, отстаивается, после чего настоем можно умываться. Возникновению воспалительных процессов в среднем ухе во многом способствует форма черепа (увеличенный поперечный размер по сравнению с переднезадним), обуславливающая более горизонтальное положение слуховых труб, что облегчает проникновение инфекции из полости носа, носоглотки в барабанную полость.

Полости носа и носоглотки у детей с синдромом Дауна сужены, первая – из-за высокого готического твердого неба, которое является дном полости носа, а вторая – за счет увеличения носоглоточной миндалины (аденоидов) и лимфоидных валиков вокруг устья слуховых труб, которые часто воспаляются вследствие воспалительных изменений полости носа. Сужение носоглоточного пространства и полости носа затрудняет процессы аэрации носоглотки и слуховых труб, что создает условия для возникновения воспалительных процессов в слуховой (евстахиевой) трубе и среднем ухе.

Нарушение носового дыхания сопровождается наличием слизистых отделений в носовых ходах, что негативно влияет на состояние кислородного обмена. Недостаток кислорода в организме ведет к нарушениям работы сердца, изменению внутричерепного, спинномозгового и внутриглазного давления. В связи с этим увеличение аденоидов второй-третьей степени является показанием для их хирургического удаления. Важно научить ребенка освобождать полость носа, сморкаться, поочередно закрывая то одну, то другую ноздрю. Это препятствует попаданию слизи в трубу.

Наличие частых катаров среднего уха, острых и хронических гнойных отитов приводит к нарушению слуха, что затрудняет и без

того ограниченные коммуникативные возможности ребенка, неблагоприятно сказывается на развитии речи в раннем детском возрасте.

Нарушения слуха могут быть обусловлены и аномалиями слуховых косточек в барабанной полости, изменением их конфигурации, слиянием двух косточек, например молоточка и наковальни. Иногда косточки срастаются с костной стенкой надбарабанного пространства или происходит окостенение связок с молоточка. Такая аномалия, как окостенение связки вокруг овального окна, может быть обусловлена нарушением обменных процессов, характерных для синдрома Дауна. Изменения, подобные описанным, преимущественно в зоне низких и средних частот от 16 до 1000 Гц в пределах от 30 до 60 Дб по воздушной проводимости, не влияют на костное восприятие звука. Таким образом, снижение слуха может иметь различную степень (шепотная речь воспринимается с расстояния от одного до пяти метров). Снижение слуха может усугубить как речевое недоразвитие, так и нарушение понимания обращенной речи и сказаться на коммуникативной и познавательной деятельности.

Нейросенсорная тугоухость, которая также характерна для детей с синдромом Дауна, проявляется на аудиограмме повышением слуховых порогов как по костной, так и по воздушной проводимости (кривые идут рядом) преимущественно на высоких частотах – с 2000 до 20 000 Гц. Вероятность нейросенсорной тугоухости повышается с возрастом, что связано не столько с длительно текущим хроническим гнойным процессом в среднем ухе, сколько с необычайно ускоренным процессом старения улитки, что сочетается с общим преждевременным старением. Нельзя исключить нейросенсорную тугоухость центрального происхождения в связи с дисплазией извилин мозга, в том числе верхней височной, где располагается центр слуха, поскольку симптом нарушения разборчивости речи также характерен для детей с синдромом Дауна.

Таким образом, снижение слуха как по звукопроводящему, так и звуковоспринимающему типу характерно для детей с синдромом Дауна. Из этого следует, что необходимо аудиометрическое обследование таких детей, тем более что родители не всегда обращают внимание на то, что у ребенка снижен слух.

Утолщенный и удлинненный язык (покрытый трещинами – «географический»), замедляющий жевание, корригируется с помощью операции – резекции его части. Это способствует также снижению

аппетита, а следовательно, и избыточного веса, что связано, по-видимому, с уменьшением числа вкусовых сосочков на языке.

Хирургическое удаление части языка, а также удаления части увеличенной носоглоточной миндалины (аденоидов) позволяет детям держать рот закрытым, благоприятно сказывается на развитии челюстей, исправлении прикуса; кроме этого, уменьшается слюноотделение.

Ребенок, перенесший эти операции, меньше подвергается риску респираторных заболеваний. Дети с легкой степенью умственной отсталости осознают, что в результате улучшился их внешний вид, а это ведет к повышению самооценки и улучшению психического самочувствия.

Для детей с синдромом Дауна характерен косой разрез глаз (наружный угол выше внутреннего), эпикант – вертикальная складка, скрывающая внутренний угол глаза, широкое плоское переносье, светлые пятна на радужной оболочке (пятна Брушфильда) за счет уменьшения содержания в ней пигмента.

Изменения со стороны роговой оболочки проявляются ее выпячиванием в виде конуса, который называется кератоконусом. Кератоконус чаще проявляется в период полового созревания, имеет прогрессирующий характер, возможна его связь с эндокринной патологией, которая сказывается как гипофункция щитовидной железы. Процесс начинается с размягчения роговицы в результате ее прорастания сосудами. Под влиянием мигательных движений роговица приобретает, как уже говорилось, форму конуса, верхушка которого постепенно истончается, мутнеет вследствие разрыва наиболее плотной и эластичной части роговицы, защищающей от инфекции и увлажняющей ее. Помутнение роговицы и кератоконус значительно изменяют рефракцию (преломляющую способность глаза), возникает различного вида астигматизм и снижается зрение. Кератоконус часто сочетается с катарактой и глаукомой.

Катарактой в детском возрасте страдают не менее половины детей с синдромом Дауна, а в возрасте старше 10 лет ее признаки выявляются у большинства детей. При врожденных формах катаракты (1–5% всех случаев) уже в роддоме или на первом году жизни при осмотре обнаруживают «серость» в области зрачка. Патологию хрусталика связывают с аномалией сосудов капсулы хрусталика (происходит на втором месяце утробной жизни), что проявляется его помутнением. Поскольку хрусталик является второй

по силе рефракции после роговицы преломляющей средой глаза, его помутнение снижает зрение и требует как можно более раннего оперативного удаления с заменой на искусственную линзу.

Жалобы ребенка на боли в глазах после длительного зрительного напряжения (телевизор, компьютерные игры), периодически проявляющееся затуманивание зрения, радужные круги перед глазами, головные боли, желание потереть глаза – все это указывает на возможность возникновения повышенного внутриглазного давления – глаукомы. Возникает глаукома в результате нарушения оттока внутриглазной жидкости. Врожденная глаукома – результат недоразвития или неправильного развития дренажной системы в углу передней камеры глаза. При повышении внутриглазного давления ухудшается циркуляция крови по сосудам глаза и особенно страдает внутриглазная часть зрительного нерва, что может привести к атрофии нервных волокон.

Детей с глаукомой необходимо выделить на занятиях в отдельную группу, так как им противопоказаны наклоны; такому ребенку нельзя поднимать тяжести, нельзя нырять в воду. Врожденную глаукому (гидрофтальм, буфтальм) лечат хирургически – воссоздают дренажную систему в углу передней камеры глаза для оттока внутриглазной жидкости.

У 1/3 детей с синдромом Дауна развивается выраженная миопия (близорукость), сочетающаяся с астигматизмом (разные виды преломления – рефракции – в одном глазу или разные степени одного вида рефракции). При миопии световые лучи собираются перед сетчаткой, их главный фокус не достигает сетчатки. В этом случае говорят о сильной рефракции, которая усугубляется увеличением длины глазного яблока. Удаленные предметы близорукие видят расплывчато, как в тумане; чтобы яснее их рассмотреть, они вынуждены прищуриваться.

Близко расположенные предметы видны отлично. Имеются данные о врожденном характере близорукости. Развитию близорукости способствует длительная зрительная работа на близком расстоянии, при плохом освещении рабочего места, например чтение текста с мелким шрифтом на расстоянии менее 30 см. Этому же способствует чрезмерное удаление оси глаза, вызванное эндокринными расстройствами, свойственными детям с синдромом Дауна.

Необходимо соблюдать меры, направленные на оздоровление детского организма и, следовательно, зрительной системы: вы-

держивать режим занятий, режим дня в целом, создавать хорошие условия быта и питания. В целях компенсации близорукости при синдроме Дауна назначают очки, при слабой степени близорукости (до 3,0 дптр) очки назначают только для дали и пользуются ими в театре, на выставке.

При выраженной близорукости (от 3 дптр и более) очками пользуются постоянно. В целях предупреждения развития близорукости рекомендуют делать упражнения, тренирующие ослабленную аккомодационную мышцу. Можно рекомендовать и хирургические способы лечения. Наиболее распространенные из них в настоящее время – насечки на роговице с целью уменьшения ее преломляющей силы или укрепление склеральной оболочки заднего полюса глазного яблока. К сожалению, линзы в этом случае неэффективны, поскольку дети с синдромом Дауна не могут ухаживать за ними.

Резкое снижение зрения на один или оба глаза в результате нарушения рефракции, в частности миопия, а также изменения со стороны ЦНС, которые всегда наблюдаются у детей с синдромом Дауна, и частые воспалительные заболевания вызывают изменения в глазодвигательной системе: возникают неправильное положение глаз, ограничение их движения и произвольные ритмические движения глазных яблок – нистагм. При косоглазии нарушается бинокулярное (обоими глазами) зрение, снижается центральное зрение косящего глаза. Косоглазие может быть сходящееся, если глаз отклоняется к носу, и расходящееся, если глаз отклоняется к виску, а также косоглазие, при котором глаз направлен вверх или вниз. При этом косоглазие может быть односторонним, когда постоянно отклоняется один и тот же глаз, двусторонним, при котором попеременно отклоняется то один, то другой глаз в зависимости от того, какой из них в данный момент является фиксирующим. Так как при косоглазии затрудняется совместная работа глаз, происходит произвольное подавление функций одного из них – как правило, хуже видящего. Хуже видящий глаз начинает чаще отклоняться, а через какое-то время косоглазие становится постоянным, и зрение на этом глазу ухудшается. Такое снижение зрения, возникающее от «неупотребления» зрительной функции глаза, носит название амблиопии. Амблиопия наблюдается в 60–80% случаев содружественного косоглазия и является его следствием. Успех коррекции косоглазия и амблиопии во многом зависит от своевременности, правильности и активности индивидуального лечения, а также настойчивости и самих больных, и их родителей.

Если ребенку установлен диагноз «синдром Дауна», есть основания предполагать возможность возникновения в дальнейшем нарушения слуховой и зрительной функций. Это следует учитывать при разработке коррекционно-психолого-педагогических мероприятий. При таком подходе в дальнейшем удастся преодолеть возникающие у ребенка или подростка реактивные состояния. Для выявления сложного дефекта у детей с синдромом Дауна необходимо обязательное периодическое комплексное медицинское обслуживание, включающее оториноларингологическое, аудиометрическое, офтальмологическое обследование с исследованием глазного дна, регулярные повторные экспериментально-психологические исследования. Проведение таких исследований позволяет обнаружить все дефекты функций у ребенка, что необходимо для оказания своевременной и адекватной медицинской, психологической и педагогической помощи.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какова роль семьи в воспитании ребенка с проблемами интеллектуального развития?
2. Какое значение в воспитании ребенка имеет активная позиция родителей?
3. Как относятся к семье, воспитывающей ребенка с нарушением интеллектуального развития, в обществе?
4. Какие советы можно дать родителям умственно отсталого ребенка?
5. Какую помощь семье могут оказать специалисты Центра ранней помощи?
6. В каких особенностях семейного воспитания нуждаются дети с синдромом Дауна?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: Просмотр презентаций. Деловая игра: «Консультирование семьи по вопросам воспитания ребенка с синдромом Дауна младенческого возраста».

Внеаудиторная форма: Подбор и изучение литературы. Подготовка мультимедийных презентаций: «Ребенок с синдромом Дауна в семье», «Ребенок с синдромом ломкой X-хромосомы в семье», «Ребенок с синдромом Ретта в семье».

ГЛАВА VII. РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В СЕМЬЕ

7.1. НАРУШЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Для раннего выявления патологии зрения в настоящее время проводится неонатальный скрининг (в переводе с английского – просеивание). Неонатальный офтальмологический скрининг показан новорожденным групп риска. Это, прежде всего, отягощенность родословной наследственными болезнями глаз, отягощенный акушерский анамнез: самопроизвольные выкидыши, мертворождения, наличие детей с пороками развития и психоневрологическими нарушениями. Риском для нарушений зрительного анализатора является хронический алкоголизм, наркомания и курение матери, прием лекарственных препаратов во время беременности, болезни сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, болезни крови, опухоли, преэклампсия. Опасны также врожденные инфекции у ребенка (краснуха, герпес, цитомегалия, сифилис), задержка внутриутробного развития, облучение, сенсбилизация по резус-фактору, а также нарушения фетоплацентарного кровообращения, маточные кровотечения во время беременности, многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод (за 24 часа до начала родов), диспропорция размеров таза матери и головки плода, преждевременные или запоздалые роды, затяжные роды, короткая пуповина, обвитие пуповины вокруг шеи ребенка, кесарево сечение. К неонатальным факторам риска относятся оценка по шкале Апгар на первой минуте 0–4 балла, бронхолегочная дисплазия у ребенка, наличие перинатального поражения ЦНС, черепно-лицевые ВПР, хромосомные болезни, к группе риска относятся также дети, рожденные в результате ЭКО.

Во всех этих случаях оформляется направление на консультацию окулиста. Но даже если ребенок не попадает в группу риска, родителям все равно полезно наблюдать за развитием зрительной функции малыша.

Зрительная функция у новорожденного еще очень примитивна и проявляется общей реакцией на световой раздражитель. Если к глазам спящего новорожденного поднести яркую лампу, у него усиливается смыкание век. При открытых глазах ребенок жмурится, у него появляются вертикальные складки на лбу и горизонтальные у корня носа, он стремится к источнику света. На очень сильный свет ребенок реагирует беспокойством и громким криком.

Иногда у новорожденных детей сужаются зрачки, смыкаются веки и голова закидывается назад – *рефлекс Пейнера*. Рефлекс наиболее выражен при вертикальном положении ребенка. Если реакция на свет отсутствует, даже при повторных попытках, это свидетельствует о снижении или отсутствии зрения, что может быть связано с поражением сетчатки или зрительного нерва.

К концу периода новорожденности, а у некоторых детей и раньше, появляется возможность кратковременно удерживать взгляд на блестящем предмете, иногда появляется попытка проследить глазами за движущимся предметом. Однако отсутствие фиксации и прослеживания в период новорожденности еще не свидетельствует о зрительной патологии.

Функцию глазодвигательных нервов у новорожденных оценивают, наблюдая за движениями глазных яблок, верхнего века и реакцией зрачков на свет. У новорожденного зрачки округлой формы, диаметр их около 2 мм; прямая и содружественные реакции на свет выражены с первых дней жизни. Асимметрия зрачков наиболее часто наблюдается при синдроме Клода – Бернара – Горнера и при поражении глазодвигательного нерва.

Обычно движения глазных яблок у ребенка первых месяцев жизни некоординированные и толчкообразные. Наиболее часто глазные яблоки движутся в направлении к носу, что может создавать впечатление периодически возникающего косоглазия. К концу периода новорожденности косоглазие становится менее выраженным или совсем исчезает. Если в период новорожденности косоглазие резко выражено и держится постоянно – это патологический симптом.

Даже нерезко выраженное расходящееся косоглазие – также патологический признак. Дифференцировать в этом возрасте паралитическое и содружественное косоглазие не представляется возможным.

Ребенок первых недель жизни большую часть времени лежит с закрытыми глазами, но, когда при осмотре он открывает глаза, сле-

дует обратить внимание на ширину глазных щелей и, если имеется их асимметрия, определить, не обусловлена ли она односторонним птозом. При двухстороннем птозе или полуптозе ребенок не может полностью открыть глаза.

От одностороннего птоза следует отличать асимметрию глазных щелей, связанную с гемигипоплазией лица и парезом лицевого нерва.

В первые дни жизни у новорожденных при повороте головы в сторону глазные яблоки движутся в противоположную сторону – симптом кукольных глаз. При врожденном парезе отводящих нервов этот симптом отсутствует, а при одностороннем поражении он может быть асимметричен.

При движениях глазных яблок вниз, спонтанных или быстрых перемещениях головы в пространстве, а иногда и в покое, между верхним веком и радужной оболочкой видна белая полоса склеры – симптом Грефе. От него следует отличать симптом «заходящего солнца», при котором глазные яблоки резко отклоняются вниз, так, что часть яблока, а в тяжелых случаях и зрачок скрываются под нижним веком. Между радужной оболочкой и верхним веком остается белая полоса склеры. При обоих симптомах может быть парез зрения вверх. Непостоянные и нерезко выраженные, эти симптомы могут быть у недоношенных новорожденных первых дней жизни. Позднее они могут иметь место при гидроцефалии – повышении внутричерепного давления, тяжелой гипоксии, ядерной желтухе.

Для зрительной функции большое значение имеют движения глаз. Начиная со второго месяца жизни закономерно появляются у всех здоровых детей зрительная фиксация и слежение.

О функции зрительного анализатора к четырем месяцам жизни можно судить по наличию у ребенка так называемого зрительного поведения, а также по характеру прослеживания за предметом и способности локализовать зрительный стимул, находящийся на разном расстоянии. Отметить характер прослеживания особенно важно начиная с 4,5–5 месяцев. После 5 месяцев функция прослеживания предмета приобретает качественно другой характер: следуя за предметом, ребенок как бы его осматривает, «ощупывает» взглядом; если при этом его внимание переключается на другой предмет (лицо взрослого), то через очень короткий период он может активно вернуться к прослеживанию за тем же предметом.

Важной зрительной функцией на первом году жизни является зрительная локализация предмета в пространстве.

Для исследования зрительной локализации предмета в пространстве надо показывать ребенку игрушки на разном расстоянии от глаз. Ребенок 3 месяцев направляет руку к объекту, преимущественно близко к нему расположенному, но не потому, что он оценивает расстояние, а потому, что ведущим стимулом для этого движения являются тактильные раздражения от случайного соприкосновения руки с предметом. Поэтому для того чтобы вызвать это движение у ребенка 3 месяцев, обычно недостаточно только показать игрушку, а необходимо еще коснуться игрушкой его руки. Таким образом, способность зрительно локализовать предмет в пространстве формируется на базе зрительно-тактильного сочетанного рефлекса, и поэтому как только ребенок способен уже на основе одного зрительного восприятия локализовать предмет, он будет направлять руку к предмету, расположенному на расстоянии вытянутой руки. Дифференциацию на «близко и далеко» можно наблюдать уже у ребенка 4 месяцев. Увидев предмет на расстоянии вытянутой руки, ребенок после зрительной фиксации направляет к нему руки, сближает их, пытаясь захватить предмет. Если отодвинуть предмет подальше, ребенок затормаживает общие движения и не пытается сблизить руки. В 5–6 месяцев ребенок локализует предметы, расположенные с разных сторон, лежа на спине, на животе и на руках у взрослого. Отсутствие способности локализовать предмет в пространстве может быть изолированным нарушением функции зрительного анализатора, а также одним из симптомов задержки психического развития.

К началу 4-го месяца жизни функция глазодвигательных мышц осуществляется так же, как у взрослого. Ребенок свободно прослеживает за предметом во всех направлениях, поэтому легче выявить нарушение функции глазодвигательных нервов. Движения глазных яблок должны быть плавными, координированными, содружественными.

На этом возрастном этапе можно выявить врожденную зрительно-моторную апраксию, когда нарушено прослеживание за предметом в горизонтальной плоскости, в то время как прослеживание вверх и вниз сохранно.

Среди основных клинических форм дефектов зрения отмечается преобладание поражений проводящих нервных путей и корковых зон зрительного анализатора, а также поражение хрусталика глаза, его помутнение (катаракта). Катаракта может приводить к поражению проводящих нервных путей и корковой зоны зрительного

анализатора. Среди различных форм преобладают врожденные катаракты, обусловленные наследственным фактором (в частности, обменными заболеваниями), внутриутробными инфекциями плода. Катаракта встречается у детей с наследственными формами умственной отсталости, а также у детей, страдающих хромосомными заболеваниями, например болезнью Дауна. Заболевание можно обнаружить по серому цвету зрачков.

Особой формой патологии зрения у детей, нередко приводящей к полной слепоте, является ретролентальная фиброплазия. Она развивается у недоношенных детей, которые длительное время находятся в кювезах вследствие асфиксии. Повышенное содержание кислорода воздуха приводит к изменениям сосудов сетчатки и стекловидного тела, отслойке сетчатки с последующим развитием атрофических процессов в глазном яблоке.

У ребенка в возрасте 6–9 месяцев уже легче оценить функцию глазодвигательных нервов. На этом возрастном этапе четко выражена фиксация взора и прослеживание. Глазодвигательные нарушения, которые обнаруживаются в этом возрасте, в большинстве случаев возникают внутриутробно или в период родов. Впервые в этом возрасте могут появляться глазодвигательные нарушения, обусловленные прогрессирующей гидроцефалией, снижением зрения, астигматизмом, инфекционными заболеваниями нервной системы. На этом возрастном этапе может проявиться прогрессирующее наследственное заболевание – амавротическая идиотия, при которой имеют место прогрессирующие зрительные расстройства. При этом заболевании ребенок перестает фиксировать взор на предмете, развивается косоглазие, нарушается координация глазных яблок.

Одним из проявлений зрительной патологии у детей раннего возраста может быть нистагм. У ребенка 3–6 месяцев нистагм (дрожание глазного яблока) обычно обусловлен снижением остроты зрения, хотя могут иметь место и другие причины. Нистагм у детей 6–9 месяцев является всегда патологическим симптомом. Нистагм может наблюдаться с рождения в связи со зрительной патологией в результате помутнения и аномалии оптических сред глаза, изменений сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва. Глазодвигательные нарушения, обнаруживаемые в возрасте 9–12 месяцев, могут быть следствием изменений, имеющих место с рождения или возникающих на предыдущих этапах. Если нарушения функции глазодвигательных нервов появляются впервые, следует исключить

первичную патологию зрительного аппарата. Нарушение функции этих нервов может быть обусловлено прогрессирующим дегенеративным процессом, нейроинфекцией, гидроцефалией.

Нистагм, впервые появившейся в возрасте 9–12 месяцев, может быть связан со зрительной патологией, лейкодистрофией, нейроинфекцией, опухолью мозга.

Среди основных клинических форм дефектов зрения у детей отмечается преобладание поражения проводящих нервных путей и корковой зоны зрительного анализатора, а также поражение хрусталика глаза (катаракта).

К концу первого года ребенок начинает понимать простую обиходную речь, выполнять простые одноступенчатые инструкции. На данном возрастном этапе более отчетливо может проявляться косоглазие. Косоглазие является одной из частых проблем, беспокоящих родителей детей с отклонениями развития. Оно представляет собой не только недостаток внешности, часто при косоглазии нарушается зрительное восприятие (бинокулярное зрение), то есть возможность одновременно воспринимать обоими глазами все особенности предмета. Бинокулярное зрение имеет важное значение в психическом развитии ребенка.

Различают две основные формы косоглазия – содружественное и паралитическое. От истинного косоглазия следует отличать мнимое, или кажущееся косоглазие. Ложное впечатление косоглазия может создаваться, если у ребенка имеет место асимметрия лица и глазниц. Для разграничения истинного и мнимого косоглазия необходимо обследование врача невропатолога и окулиста. Истинное косоглазие часто сочетается со снижением остроты зрения. Выделяют две формы содружественного косоглазия: сходящееся и расходящееся. Наиболее частой причиной содружественного косоглазия является поражение центральной нервной системы. При наличии у ребенка косоглазия необходимо определение остроты зрения каждого глаза и обоих глаз вместе, без коррекции и с коррекцией, обследование глазного дна, а также в ряде случаев требуется и специальное электрофизиологическое исследование органа зрения.

В настоящее время разработаны разнообразные методы лечения косоглазия, включающие как специальные тренировочные упражнения, назначение очков, так и хирургические методы, а также лазерное лечение. Во всех случаях лечение проводится дифференцированно по назначению и под наблюдением врача-окулиста.

Для всех детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеет гигиена зрения и общее укрепление здоровья, начиная с самого раннего возраста. Родителям необходимо объяснить, что любое общее заболевание и в первую очередь детские инфекции (корь, скарлатина и др.) ослабляют детский организм в целом, в том числе и мышечный аппарат глаза, что способствует появлению косоглазия. При наличии у заболевшего ребенка зрительной патологии следует избегать зрительной нагрузки, не разрешать ребенку рассматривать мелкие предметы, смотреть телевизор.

При наличии у ребенка глазной патологии проводится также комплексное медикаментозное лечение, направленное главным образом на улучшение питания сетчатки и стимулирование ее функции.

Применяются комплексы витаминов, АТФ, алоэ, сосудорасширяющие и другие препараты. Родителям детей, страдающих дефектами зрения, необходимо четко представлять себе характер зрительного нарушения, степень снижения зрения, состояние интеллекта. Естественно, что психическое развитие ребенка протекает различно в зависимости от того, является ли он слепым или слабовидящим, сочетается ли у него зрительный дефект со снижением интеллекта и в какой степени. Во всех случаях психическое развитие протекает неравномерно. Специалист должен обратить внимание родителей на то, что с самого раннего возраста необходимо активизировать функционирование всех сохранных анализаторов, а также постоянно стимулировать остаточное зрение.

Для психического развития ребенка с дефектами зрения решающее значение имеет организация его активной, самостоятельной деятельности, способствующей познанию окружающего мира. Для этого необходимо развитие процессов предметного восприятия на основе двигательного-кинестетических ощущений, речи, памяти, то есть в основе первого этапа работы лежит комплексный характер развития восприятия окружающего. Таким образом, коррекционно-педагогическая работа с незрячим ребенком должна иметь комплексный характер и направлена в первую очередь на расширение знаний и представлений об окружающем мире, развитие познавательной деятельности на основе полисенсорного восприятия – зрительного, слухового, осязательного. При этом важно даже при выраженных дефектах зрения обязательно использовать в познании окружающего мира остаточное зрение, учить ребенка его использовать в повседневной деятельности. Развитие зрительного восприятия проводится

в комплексе с развитием познавательной деятельности. Важным условием успеха педагогической коррекционной работы является ее сочетание с медицинскими мероприятиями, прежде всего необходимым ранний и правильный подбор очков, динамическое наблюдение за состоянием зрения и систематическое лечение.

Эффективность такой совместной работы специалистов и родителей во многом зависит от позиции родителей.

7.2. ПОЗИЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕЗРЯЧЕГО РЕБЕНКА

Рождение слепого ребенка в семье с двумя незрячими родителями – прогнозируемое событие и воспринимается с пониманием. С появлением слепого ребенка в семье у здоровых родителей возникает иная психологическая обстановка. Состояние родителей близко к шоковому. Родители не знают, как будет функционировать семья в дальнейшем, чему можно обучать незрячего ребенка, родителям не ясна перспектива его психического развития. Родители слепого ребенка нередко испытывают чувство вины, что отрицательно отражается на их психическом состоянии: они замыкаются в своих переживаниях, ревниво относятся к нормально видящим детям своих друзей, знакомых. В такой ситуации от родителей требуется мужество, совместный труд со специалистами и разумная позиция по отношению к незрячему ребенку. Родители не должны сомневаться в способности своего ребенка к обучению только из-за отсутствия у него зрения, но должны ясно представлять, что от них потребуются больше усилий и времени для обучения и воспитания ребенка. Но зато и радость будет сильнее, ощутимее. Тифлопедагоги знают, что при правильном воспитании слепой ребенок может достигнуть высокого уровня физического и духовного развития. Овладев профессией, соответствующей его способностям, он может стать известным музыкантом, певцом, ученым.

Особенно важными являются первые три года жизни ребенка, когда родители могут оказать решающее воздействие на развитие ребенка. Одна из важнейших задач родителей: противостоять сенсорной депривации (лишение ребенка зрительной информации). Последняя может проявиться в снижении общей активности ребенка, его двигательном недоразвитии, стереотипных движениях.

Воспитание слепого ребенка должно с самого раннего детства основываться на любви, чуткости и терпении. В то же время не

следует жалеть усилий на развитие самостоятельности ребенка. В случае воспитания в условиях гиперопеки ребенок растет инфантильным, отстает от своих сверстников по развитию и зависит от окружающих.

Родительские позиции по отношению к слепому ребенку и его дефекту могут быть адекватными и неадекватными (С. М. Хорош, 1991).

Адекватным считается такое отношение, при котором ребенок воспринимается в семье как здоровый, но имеющий ряд особенностей, которые следует учитывать в процессе воспитания. При этом ребенок и недостаточность у него зрения родителями принимаются. Принятие означает способность родителей примириться с фактом наличия у ребенка особенностей, связанных с нарушением зрения, готовность к включению ребенка в свою жизненную программу. Родители видят в своем малыше, прежде всего, ребенка, имеющего особенности, свойственные и другим детям, а также присущее лишь ему своеобразие. Такая позиция становится необходимой предпосылкой создания в семье условий для полноценного развития ребенка. Родители делают все возможное для того, чтобы он стал полноценной личностью, а качество его жизни было бы достаточно высоким.

Неадекватность родительской позиции определяется тем, что ребенок воспринимается ими как жертва обстоятельств, обиженное судьбой существо, которое нуждается в постоянной опеке и защите. При этом родители (чаще матери) испытывают чувство вины перед ним, которую они постоянно пытаются искупить. Такая жертвенная любовь не приносит ребенку пользы. Ребенок растет привыкшим к опеке, не приспособленным к жизни эгоистом. У такого ребенка не формируются навыки самообслуживания, усугубляется задержка развития предметной деятельности, характерная для глубоких нарушений зрения, недостаточно развиваются сохранные анализаторы и в первую очередь осязание.

Неадекватной и неблагоприятной для психического развития ребенка является такая позиция родителей, когда с недостатком зрения они смирились, но не принимают уже самого ребенка. Мать считает, что у нее не мог родиться незрячий ребенок. Произошла роковая ошибка, и она не обязана расплачиваться за чужие ошибки. Ребенок вызывает у нее раздражение. Она психологически отвергает ребенка, мало с ним занимается, часто отдает его погостить у родственников или других лиц и неохотно забирает.

Весьма сложная ситуация создается и в результате такого отношения к ребенку, когда родители принимают ребенка, но отрицают наличие у него каких-либо особенностей. Казалось бы, в данном случае родители (так же, как и при адекватном отношении) относятся к ребенку, как к здоровому. Но при этом не принимаются в расчет специфические особенности ребенка, поскольку родители не допускают и мысли о том, что они его не вылечат. Чаще подобную позицию занимают родители слепых детей, имеющих нарушение интеллекта. Настаивая на отсутствии у ребенка нарушений со стороны интеллектуальной сферы, родители создают ему неадекватные учебные условия, не учитывающие сложный характер его нарушения, что создает перенапряжение его нервной системы и отрицательно сказывается на формировании его личности.

Последняя из позиций родителей по отношению к незрячему ребенку предполагает неприятие как недостатка, так и самого ребенка. У родителей появляется желание избавиться от ребенка. Если дефект выявлен уже при рождении ребенка и оба родителя занимают указанную позицию, то они, как правило, отказываются от ребенка.

Нередко мать и отец занимают разные позиции по отношению к ребенку и его дефекту. Это создает почву для конфликтов в семье и может привести к ее распаду.

Почва для конфликтной ситуации в семье особенно легко создается и тогда, когда у ребенка, кроме слепоты, имеются нарушения со стороны интеллектуальной сферы.

7.3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ

Характерными особенностями психомоторики детей с дефектами зрения являются: недостаточная двигательная активность, медлительность, которые выражаются в раскачивании, надавливании на глазные яблоки.

Задержка развития моторики и пространственных представлений способствует замедленному формированию навыков самообслуживания. Этому способствует также воспитание ребенка в условиях гиперопеки. Особенности психической деятельности являются: вязкость, обстоятельность, склонность к детализации, инертность психических процессов, замедленность и повышенная истощаемость. В то же время отмечается высокий уровень развития вер-

бальной памяти и неплохая «вработываемость», что имеет большое значение для компенсации нарушенных функций зрения в процессе обучения. Так же, как и у других детей с сенсорными нарушениями, у слепых и слабовидящих детей наблюдается своеобразный парциальный инфантилизм: повышенная зависимость от матери, боязнь всего нового, склонность к одиночеству, при поступлении в школу могут возникнуть неврозы адаптации. В структуре интеллектуальной недостаточности у детей с дефектами зрения преобладает недостаточность тех функций, в развитии которых ведущая роль принадлежит ощущениям и представлениям, связанным со зрительным анализатором.

Особенностями психического состояния детей с нарушениями зрения чаще всего являются пассивность и слабая адаптация к окружающей среде, несформированность компенсаторных процессов, неуверенность и отсутствие своих позиций по отношению к окружающему. У многих детей имеет место повышенная эмоциональная лабильность, внушаемость. Тот же эффект создают и неблагоприятные условия развития детей в раннем возрасте. Известно, что созревание эмоциональной сферы способствует развитию сдержанности, регулируемого поведения. Для развития эмоциональной сферы важное значение имеет формирование регуляторной функции речи, связанной с созреванием ЦНС.

Многими исследованиями показано, что созревание эмоциональной сферы тесно связано с позитивными отношениями в диаде «мать – ребенок», которые формируются в первые месяцы и годы жизни. Одной из причин неадекватного эмоционального развития ребенка с нарушением зрения могут быть причины недостаточного взаимодействия в диаде «мать – ребенок» в младенческом и раннем возрасте, а также недостаточно правильное его воспитание в детских учреждениях: с дефицитом эмоционально-положительного общения с взрослым, в частности, тактильного, в котором он особенно нуждается. Это может быть одной из причин своеобразного снижения интеллектуальной активности у детей с нарушением зрения. Пассивность детей с нарушениями зрения является одним из важных симптомов недостаточной адаптации ребенка к своему окружению, недостаточности компенсаторных процессов в процессе обучения и воспитания.

Особенно ярко это проявляется в современных условиях, когда у взрослых, окружающих и, главное, у родителей появилась

неуверенность в возможности обеспечения нормальных жизненных условий, и родители в этой ситуации сами находятся в состоянии стресса.

Тот же эффект создают и неблагоприятные условия развития детей в дошкольном и школьном возрасте: многолетнее нахождение вместе с другими детьми в спальне, в столовой, местах отдыха, развлечений, отсутствие возможности побыть с самим собой в детском учреждении оказывают на развитие ребенка отрицательное влияние, так как в этих условиях недостаточно удовлетворяются естественные потребности ребенка.

Длительное отсутствие эмоциональной и духовной близости с матерью и родными в период нахождения в интернате, а также неблагоприятная обстановка в семье создают у ребенка психологическое напряжение, которое проявляется либо в форме пассивности, безразличия к окружающему, иногда с проявлением депрессивности, либо беспокойного, возбудимого и агрессивного поведения.

Особого внимания требует вопрос полового воспитания детей с нарушениями зрения. Индивидуальное тестирование детей и подростков с нарушениями зрения показывает особо сильную их тревожность и неуверенность в области семейных отношений, взаимоотношений с противоположным полом. Оно связано со страхом и опасениями, с сознанием вины и поэтому является источником сильных внутренних переживаний и конфликтов. Слепота тормозит двигательную активность ребенка. Малоподвижность, вялость, медлительность и возникающие на этом фоне двигательные стереотипы являются характерными особенностями психомоторики детей с дефектами зрения. Задержка развития моторики и пространственных представлений обуславливает замедленное формирование навыков самообслуживания, которые часто оказываются несформированными даже к периоду школьного обучения.

Традиционно первым вопросом матери к акушерке всегда являлся вопрос: «Это мальчик или девочка?» Современные женщины, осведомленные о возможности рождения ребенка с недостатками в развитии, часто спрашивают: «Все в порядке?» Не все, но многие нарушения могут быть выявлены сразу после рождения.

Родители могут начать беспокоиться на любом этапе развития ребенка и, к счастью, не всегда обоснованно. Иногда родителей беспокоит, что их дети ведут себя слишком хорошо, не кричат подолгу, как другие дети, слишком покладисты, легко удовлетворяются,

не слишком возмущаются, если задерживается кормление. Другие дети, наоборот, всегда ноют и никогда не бывают счастливыми. Некоторые родители бывают потрясены тем, что их ребенок ведет себя, как слепой. В некоторых случаях действительно могут быть какие-то проблемы со зрением. Возможны нарушения на глазном дне, атрофия зрительного нерва, помутнение прозрачных сред, через которые проходит в глаз свет. Раньше у многих недоношенных детей, которые получали слишком много кислорода, возникали тяжи позади хрусталика, и это все еще может иногда происходить и теперь с очень маленькими слабыми детьми. Однако теперь эта опасность хорошо известна, и давление кислорода в кувезах для недоношенных детей является настолько низким, насколько это возможно, при этом кислород никогда не подается непрерывно.

Следует помнить, что имитировать поведение слепого ребенка могут глубоко умственно отсталые дети, которые не умеют правильно реагировать на свет. В раннем возрасте все дети подвергаются воздействию разнообразных стимулов. Моргание возникает автоматически (безусловный рефлекс), если прикоснуться к роговице между веками глаза. Позже здоровый ребенок уже реагирует на угрозу прикосновения так, как если бы это было прикосновение, и моргает, если какой-то объект быстро приближается к его глазу (условный рефлекс). Это можно продемонстрировать, направляя палец к глазу ребенка.

Ребенок с выраженной умственной отсталостью может не отреагировать на угрозу, хотя при офтальмологическом обследовании у него не выявляется какой-либо глазной патологии. Однако в его мозгу не образовалась необходимая условная связь между действительным прикосновением к роговице и быстрым приближением объекта, которое может закончиться болезненным прикосновением. Таким образом, уже с этой точки зрения умственно отсталые дети оказываются беспомощными перед лицом опасности.

С другой стороны, следует иметь в виду, что 20% детей с выраженной умственной отсталостью действительно страдают нарушениями зрения.

При врожденной слепоте ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений, задерживается освоение пространства и предметной деятельности; даже слабовидение, возникшее в раннем детстве, вызывает недоразвитие психомоторной среды (В. В. Ковалев, 1985). У слепых и слабовидящих

детей задерживается интеллектуальное развитие, что выражается в виде более позднего формирования первичного обобщения, дефицита информации, замедления развития познавательных процессов. Качественные особенности интеллектуальной недостаточности проявляются в особенностях мышления, речи и других предпосылок интеллектуальной деятельности. У них обнаруживаются слабость абстрактного мышления и преобладание чувственно-образного способа суждения. По сравнению со зрячими их представления о реальных предметах реального мира схематичны, скудны и не отражают полностью существенных признаков. Характерна задержка развития речи на 1–2 года. Вместе с тем сформировавшаяся речь нередко бывает даже более развитой, чем у зрячих сверстников. По структуре и интонациям она может напоминать речь взрослых. Характерна склонность к рассуждательству, различие между относительно богатым словарем и фактическими знаниями ребенка. Слова часто не выражают истинного, конкретного их значения. Предполагается, что это связано с особыми условиями формирования речи у детей с дефектами зрения – при преобладании слухового подражания в отрыве от непосредственного чувственного опыта. С этим связаны такие особенности интеллекта, как формальность мышления, преобладание общих, неконкретных знаний, недостаточно адекватное использование понятий, словесных обозначений.

Речевая функция отличается большой хрупкостью и истощаемостью. Изменение привычного стереотипа, например, поступление в детское учреждение может вызвать мутизм или регресс речи в виде возвращения к этапу эгоцентрической речи.

У слабовидящих детей в период начала обучения могут иметь место специфические затруднения в овладении навыками письма и чтения. Дети не всегда видят строку, путают сходные по начертанию буквы. Это мешает им в овладении техникой чтения, понимании содержания прочитанного. Смещение цифр по начертанию мешает овладению процессами счета и решению задач. В обычных условиях обучения эти дети не видят написанного на классной доске, у них быстро наступает утомление и снижается работоспособность.

Степень выраженности отставания в психическом развитии у слепых и слабовидящих детей зависит от причин, тяжести и времени возникновения нарушений зрения, а также от своевременного начала коррекционной работы. Особенности умственного развития детей с выраженными дефектами зрения является ограничен-

ность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний; при достаточном формальном словарном запасе нередко может наблюдаться недостаточная предметная соотнесенность слов. Предупреждение снижения результативности умственной деятельности детей с тяжелыми дефектами зрения зависит от позиции родителей, их активной повседневной помощи ребенку в развитии познавательной деятельности.

При раннем педагогическом вмешательстве можно в значительной степени предупредить возникновение и развитие специфических для слепых детей вторичных отклонений и тем самым оказать положительное влияние на формирование психических процессов и личности в целом.

7.4. ПОМОЩЬ СПЕЦИАЛИСТОВ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Помочь родителям создать в семье условия, способствующие правильному развитию ребенка, могут офтальмолог, дошкольный педагог-дефектолог, специальный психолог, тифлопедагог, воспитатель и другие специалисты. Прежде всего, им следует постараться проанализировать поведение членов семьи и выявить, какого типа позицию они занимают по отношению к своему ребенку и его дефекту, и если она неадекватна, попробовать изменить ее.

Педагог должен дать семье рекомендации, как проводить коррекционную работу с ребенком. Стимуляцию психического развития ребенка, имеющего патологию зрения, следует начинать с первых месяцев жизни малыша. Для этого родителям требуется наладить эмоциональный контакт с ребенком и всячески его поддерживать. Необходимо обогащать опыт ребенка тактильными и кинестическими ощущениями, менять положение тела младенца, проводить пассивно-активные упражнения с ножками, ручками, привлекая внимание ребенка к возникающим при этом ощущениям и сопровождая эти упражнения речью, пением, музыкой. Такого малыша следует чаще брать на руки и разговаривать с ним. Таким образом он постепенно будет узнавать окружающих по голосу, шагам, по прикосновениям к нему. Недостатки психического развития, связанные со слепотой, могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов. Поэтому нужно тренировать у малыша слух и кожное восприятие

в процессе ежедневного ухода за ним, обогащая его жизненный опыт. Одной из основных форм общения с маленьким ребенком, имеющим тяжелые дефекты зрения, является тесный физический контакт. Следует чаще брать малыша на руки, его ручками ощупывать части тела у него самого и у взрослого, тут же называть их, учить его различать отдельные игрушки и предметы обихода на ощупь, одновременно называя их и объясняя их назначение. Важно научить ребенка различать голоса, шаги, прикосновения близких для него людей, развивать у него эмоциональную привязанность. Особое значение имеет развитие моторики, ручных игровых действий со звучащими игрушками, используя специальные приемы воспитания слепых детей раннего возраста.

Прежде всего, родителям необходимо набраться терпения и не спешить.

Не следует стараться научить ребенка всему сразу, лучше двигаться маленькими шажками, поднимаясь по маленьким ступенькам.

При обучении следует опираться на сохранные органы чувств, остаточное зрение, включать речь. Объяснять все детально и научить ребенка сопровождать свои действия речью.

Начиная обучать действию, можно использовать следующие приемы:

- руки ребенка лежат в руках мамы, производящих пассивные действия;
- мама берет руки ребенка в свои и производит вместе с ним совместные действия;
- ребенок сам производит действия, мама помогает при затруднении.

При обучении ребенка приемам пассивных и совместных действий лучше находиться позади ребенка на одном с ним уровне.

Помощь должна быть дозированной. Нельзя лишать ребенка инициативы и возможности получать радость от сознания, что он сделал что-то сам.

Обучение слепых детей несовместимо с постоянной спешкой, раздражением. И ребенок, и взрослый должны быть в хорошем настроении. Занятия должны быть интересными, увлекательными.

Следует как можно чаще поощрять ребенка словесно и тактильно. Это поможет ему обрести уверенность в себе.

Не следует часто менять обстановку, особенно в комнате ребенка, пока у него не выработались двигательные стереотипы ориен-

тировки в данном помещении. Это поможет ему преодолеть боязнь пространства.

Нужно помочь ребенку налаживать контакты с окружающими, стараясь преодолеть крайности его поведения: повышенную стеснительность либо назойливость. При обучении и воспитании ребенка необходимо максимально использовать и развивать его остаточное зрение. Ребенка следует учить различать голоса близких, повторять ритмы и мелодии, стимулируя таким образом его психическую активность.

Особо важное значение при воспитании слепого ребенка имеет развитие активного осязания. Малыша следует учить ощупывать различные предметы, одновременно называя их и говоря об их назначении. Учить его совместно со взрослым пользоваться различными предметами, комментируя действия ребенка. Известно, что выраженные дефекты зрения тормозят развитие двигательных навыков и умений, что определяет недостаточную произвольную моторную активность ребенка и общую медлительность. На этом фоне у детей нередко возникают стереотипные движения в виде похлопываний, потряхиваний рук, малая психическая активность, медлительность, повышенная истощаемость, особенно выраженная у детей с органическим поражением центральной нервной системы. Такие дети больше других нуждаются в наблюдении психоневролога.

У слепых детей уже в первые годы жизни воспитывают восприятие частей собственного тела, формируют начальные пространственные представления. Обучают детей показывать и называть части собственного тела, понимать и выполнять задания, требующие понимания расположения предметов в пространстве, а также местонахождение игрушек по отношению к себе. В специально организованных играх ребенка просят встать впереди или сзади стола, положить предмет на стол и т. д.

Особенно полезны озвученные игрушки, а также игрушки с хорошо воспринимаемой на ощупь фактурой. Дети с дефектами зрения нуждаются в специальных занятиях по умственному и речевому развитию, по воспитанию движений и ощущений пальцев рук. Раннее развитие речи ребенка с дефектами зрения помогает ему в формировании его интеллектуальных возможностей. Но при этом необходимо предупреждать многословие, лишённое смысла, «попугайную» речь, когда малыш повторяет высказывания взрослого, не понимая их значения. Следует иметь в виду, что развитие игровой

деятельности у ребенка с нарушениями зрения способствует формированию произвольности и регуляции психической деятельности.

Многие дети с дефектами зрения очень чувствительны к музыке, следует использовать эту их особенность в процессе обучения и воспитания. Для поднятия общего эмоционального тонуса ребенка, для развития его речи можно петь с ним песенки, разучивать стихотворения, сказки, но обязательно при этом объяснять их смысл. Следует избегать механического заучивания.

Некоторые дети с дефектами зрения боязливы, малоконтактны. Поэтому необходимо обогащать чувственный и практический опыт ребенка, постепенно вводить его в круг здоровых сверстников.

Уже в дошкольном возрасте готовят ребенка к обучению грамоте путем развития чувствительности пальцев рук. Слепых детей обучают грамоте с помощью специального точечного шрифта системы педагога Луи Брайля. При этом образы букв и слов формируются на основе тактильного восприятия выпуклых точек. Каждая буква алфавита изображается различной комбинацией шести выпуклых точек. В настоящее время в процессе обучения слепых и слабовидящих детей все шире используются современные достижения бионики и электроники.

Необходимо учить ребенка ориентироваться в своей квартире и передвигаться, осяпывая руками различные предметы, а также вдоль стены, спускаться и подниматься по лестнице.

Существуют различные технические средства, обеспечивающие ориентировку слепых в пространстве. Специалисты-тифлопедагоги подберут необходимые приспособления для ребенка.

Развитие ориентировки в пространстве и свободного передвижения является основой для ознакомления детей с окружающим миром, расширения их кругозора и самостоятельности.

При воспитании слепого ребенка очень важно научить его использовать слух, осязание рук и ног, а также остаточное зрение для восприятия окружающего мира и развития познавательной деятельности.

Развитие моторики, физическое воспитание слепого ребенка имеет большое значение для формирования его личности и, прежде всего, таких качеств, как смелость, решимость, уверенность в себе, умение преодолевать трудности.

Ранний возраст и дошкольный возраст являются наиболее результативными для стимуляции зрительной функции при дефектах

зрения. Остаточные зрительные функции необходимо постоянно использовать, несмотря на тяжесть дефекта зрения. Важное значение в коррекционной работе с ребенком с нарушением зрения имеет специальная логопедическая работа. Она проводится поэтапно с учетом уровня сформированности речи. При проведении логопедической работы следует избегать в речи ребенка вербализма и эхоталии. Логопед отвечает за специальный подбор дидактического материала соответствующей величины, объема и окраски, использование рельефных картинок и специальных наборов игрушек для тактильного опознания. Родителей слепого ребенка специалисты научат:

- постоянно расширять представления ребенка об окружающих его предметах (показывать, рассказывать об их внешнем виде, свойствах, назначении);
- предоставить ребенку возможность для обследования предметов, разных по назначению, фактуре и т. д.;
- привлекать его к выполнению домашних дел – для обогащения сюжетной и творческой игры и трудового воспитания ребенка;
- заинтересовать ребенка игрой в хватание, дерганье, отталкивание подвешенных погремушек, доставляющих ребенку удовольствие от новых осязательных и слуховых впечатлений. Показать ребенку, как найти игрушку, передвигая руку ребенка по поверхности стола и называя игрушки.

С 2 лет можно знакомить с сюжетными игрушками. Малыша надо познакомить с куклой. Эта модель человека поможет более четко представить соотношение частей тела человека. Можно научить ребенка обхватывать мяч, поднимать над головой надувной мяч, бросать его. В мяч можно насыпать немного крупы, чтобы ребенок по звуку мог узнать, когда он коснется пола.

Научить ребенка элементарным предметным действиям. В дальнейшем ребенка обучают использованию предметов-заместителей.

Навыкам самообслуживания и личной гигиены ребенок не может научиться по подражанию. В случае отсутствия зрения надо направленно и терпеливо учить этому ребенка. Необходимо, чтобы все предметы обихода и личные вещи малыша, игрушки лежали на определенном месте.

Важно, чтобы мать была внимательна к поведению ребенка и знала способы выражения им неудовольствия. При приучении к горшку надо четко отслеживать время высаживания, не оставлять ребенка на

горшке одного и не заставлять его сидеть на нем долго. Ко 2-му году слепой ребенок в состоянии овладеть навыками туалета.

Для полноценного развития ребенка с глубоким нарушением зрения необходимо вести постоянную целенаправленную работу по ознакомлению его с окружающим миром.

Нужно, чтобы родители рассказывали ребенку о том, что находится и происходит вокруг него. Следует наводить ребенка на вопросы, рассказывать ему о форме, цвете и назначении предметов. Ознакомление с предметом происходит через осязание, которому придается направленный характер. Чтобы ребенок мог обнаружить предмет, следует направить его руку в сторону предмета до касания с ним. Можно взять руку ребенка в свою и помочь ему «рассматривать», чувствовать вещи. Необходимо, чтобы ребенок мог знакомиться с размерами, формой, весом, основными особенностями поверхности (твердый, гладкий, мягкий, шероховатый), дать почувствовать температуру.

Так как ребенок с глубоким нарушением зрения не имеет постоянного осязательного контакта с предметом, которым пользовался раньше, последний как бы перестает для него существовать при прекращении контакта. При помощи соответствующих упражнений надо дать понять ребенку, что это не так.

К двум годам рекомендуется знакомить ребенка с обстановкой квартиры, дома. Следует подвести малыша к каждому предмету и дать возможность внимательно его «осмотреть». Взрослый показывает, как открываются дверцы шкафа, показывает вешалку, полки, выдвижные ящики, вещи, которые там хранятся. И так поочередно каждую комнату, кухню. Заранее нужно готовить ребенка к новым для него ситуациям и ощущениям. Например, малыш может испугаться, прикоснувшись к холодному, горячему, липкому, это может повлечь за собой утрату естественного любопытства. Можно использовать такое упражнение: налить в одну банку горячую воду, а в другую холодную воду и дать ребенку дотронуться до каждой. Затем он сам должен найти банку с холодной водой и горячей.

При отсутствии зрения у ребенка трудно формируются представления о величине предметов. Для малыша исходным при сравнении величины будет собственное тело. Сравнивая свою руку с рукой малыша, мама может сказать: «Моя рука большая, а твоя маленькая». Ребенок, проводя своей рукой по маминой, почувствует разни-

цу. Можно показать ему стул и детский стульчик, большую кровать и маленькую. Не надо забывать и о тренировке обоняния. Следует знакомить ребенка с сильно пахнущими предметами. Проходя мимо булочной, аптеки, парикмахерской, нужно поговорить о них с ребенком. Это поможет ему в дальнейшем ориентироваться в пространстве.

Основными направлениями в работе педагогов детского сада с семьей детей с глазной патологией являются:

- изучение особенностей семейного воспитания ребенка;
- разработка и реализация совместно с семьей индивидуальных программ помощи ребенку;
- просвещение родителей с целью расширения представлений об особенностях развития детей со зрительной патологией и методах коррекционно-развивающей работы с ними;
- разработка на дифференцированной основе системы взаимодействия с семьями воспитанников с целью коррекции детско-родительских отношений.

Работники специализированных садов должны помогать родителям детей с патологией зрения понять особенности возрастного и личностного развития их детей, влияние дефекта зрения на общее психофизическое развитие, овладеть конкретными методами помощи своему ребенку.

Необходимо обеспечивать такие семьи специальной литературой по проблемам воспитания детей с сенсорной недостаточностью.

Работа должна проводиться совместно с врачом-офтальмологом, под наблюдением которого находится ребенок. Родители должны следить и выполнять все рекомендации, особенно по зрительной нагрузке, которую назначил врач.

Совместные занятия родителей и их детей помогают сформировать в дальнейшем у малышей важные личностные качества: уверенность, настойчивость, выдержку, терпение, целеустремленность.

Игры незрячего ребенка требуют постоянного участия взрослого и способствуют их общению и приобретению опыта коммуникативной деятельности.

Таким образом, уже в дошкольном возрасте будет положено начало тому познанию мира, которое, продолжаясь и в школьном возрасте, поможет незрячему ребенку стать полноценным членом общества, активным участником многообразной жизни вокруг него. И главная роль в этом процессе принадлежит родителям.

7.5. ОБЩИЕ СТРАТЕГИИ НОРМАЛИЗАЦИИ ЖИЗНИ СЕМЬИ НЕЗРЯЧЕГО РЕБЕНКА

Для нормализации семейной жизни необходимо, чтобы родители не замыкались в своем горе. Им следует попытаться найти опору в родителях других детей с особенностями в развитии. Они поймут, что не одиноки в своем несчастье. Опыт других семей позволит быстрее преодолеть негативные эмоции, даст надежду на будущее. Существуют правила, доказавшие свою практическую полезность.

Не следует скрывать своих чувств от близких. Наоборот, их нужно держать в курсе проблем ребенка. Следует находить и изучать информацию о возможностях обучения и воспитания своего ребенка. Нужно искать подходящие для него образовательные учреждения. Будьте реалистами, но никогда – пессимистами. Умейте справляться со своими чувствами. Старайтесь не забывать о себе, своих увлечениях и пристрастиях. Помогайте другим людям с аналогичными проблемами и почувствуйте себя сильными. Не пренебрегайте обычными повседневными обязанностями, но и не давайте им себя захлестнуть. Не забывайте, что это ваш ребенок, и родители ему нужны здоровые и счастливые. Находите возможности для собственного развития, а также развития и совершенствования нравственных и профессиональных качеств других членов семьи.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие нарушения зрительной функции можно выявить у ребенка первого года жизни?
2. Назовите особенности эмоционального развития ребенка с нарушением зрения.
3. Охарактеризуйте особенности интеллектуального развития при слепоте и слабовидении, возникших в раннем детстве.
4. Какие позиции могут занимать родители в отношении детей с нарушениями зрения?
5. Какую помощь могут оказать специалисты семье ребенка с нарушением зрения?
6. Какое значение для развития ребенка имеет его остаточное зрение?
7. Как развивать активное осязание у незрячего ребенка?
8. Как формировать начальные пространственные представления у незрячего ребенка?

9. Каковы общие стратегии нормализации жизни семьи незрячего ребенка?

10. Назовите важнейшую задачу родителей незрячего ребенка раннего возраста.

11. Какие рекомендации может дать специалист родителям незрячего ребенка?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: решение кроссвордов, демонстрация мультимедийных презентаций, деловая игра: «Выбор образовательного маршрута для незрячего ребенка раннего возраста».

Внеаудиторная форма: подготовка мультимедийных презентаций по теме «Воспитание незрячего ребенка в семье», «Офтальмологический скрининг на нарушения зрения у детей младенческого возраста».

ГЛАВА VIII.

РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В СЕМЬЕ

8.1. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Установлено, что на 1000 новорожденных приходится один ребенок с выраженной патологией слуха. По данным ВОЗ у 82% детей патология слуха возникает на 1-м году жизни, из них у 38% детей эти нарушения возникают в перинатальном периоде. Отсутствие слуха у детей с первых месяцев жизни негативно влияет на их развитие.

Реакция на звук в младенческом возрасте. Психическое развитие детей с врожденными нарушениями слуха с первых месяцев жизни отличается рядом особенностей. У них отсутствует или слабо выражен врожденный рефлекс на резкие звуки, который в норме проявляется во вздрагивании и зажмуривании глаз. При плаче малыш не замолкает на голос взрослого, как это делает нормально слышащий ребенок. В первые месяцы жизни голосовые реакции у детей с нарушениями слуха могут и не отличаться от таковых у слышащих детей: такая же звонкость голоса при крике, гулении, плаче и смехе.

С возрастом число голосовых реакций снижается, звуки становятся более однообразными, а затем пропадают. У некоторых детей могут отмечаться элементы лепета, однако слоговой лепет с самоподражанием и подражанием звукам взрослого не появляется. К концу второго полугодия жизни заметнее становится отсутствие реакции на обращенную речь, не выполнение ситуативных команд.

Слышащий ребенок в возрасте 9–10 месяцев, бросив игрушку и услышав звук удара ее об пол, поворачивается, чтобы увидеть, куда она упала. Для ребенка с нарушением слуха падающая игрушка существует до тех пор, пока находится в поле его зрения. Он не обращает внимания на звук от удара игрушки об пол и не ищет ее глазами на полу.

В первые годы жизни у ребенка с патологией слуха могут проявляться однократные или непостоянные реакции на звуковые стиму-

лы, число которых у глухого ребенка постепенно сокращается. Это приводит к тому, что многие родители, особенно при тугоухости у ребенка, долго сомневаются, слышит ли их ребенок. У детей с нарушениями слуха не формируется зрительно-слуховая ориентация в пространстве, они не могут локализовать звук в пространстве, не поворачивают глаза и голову в сторону источника звука, не идут по направлению к нему.

Развитие моторики. Развитие моторики у таких детей обычно несколько задержано. Это связано с тем, что у них часто отмечается недостаточность функции вестибулярного аппарата, поэтому на начальных этапах формирования прямохождения и ходьбы отмечается неустойчивость, им трудно сохранять равновесие, у них недостаточная координация движений. Движения этих детей недостаточно соразмерны, они затрудняются в бросании и ловле мяча, в выполнении тонких дифференцированных движений пальцами рук.

Характер и степень выраженности нарушений моторной сферы широко варьируются в зависимости от причины нарушения слуха. При дефектах слуха, связанных с внутриутробными вирусными инфекциями, родовой травмой, а также при ядерной желтухе и при последствиях менингоэнцефалитов они могут сочетаться с различными проявлениями детского церебрального паралича.

Особенности игры. Дети с нарушениями слуха и нормальным интеллектом в преддошкольном и дошкольном возрасте обычно проявляют интерес к игрушкам, однако, игровые действия у них более однообразные, стереотипные. Некоторые дети предпочитают предметы, издающие резкие звуки, шумы, и однообразно ими манипулируют.

Для многих детей характерна пресыщаемость в игровой деятельности, ребенку быстрее обычного надоедают одни и те же игрушки, часто может наблюдаться неустойчивость функции активного внимания. При отсутствии специальных занятий у детей с нарушениями слуха может отмечаться отставание в развитии предметных действий, сюжетной игры, так как эти виды деятельности формируются обычно в процессе специального обучения.

Особенности поведения. Особенности поведения детей с нарушениями слуха разнообразны и обычно связаны с причиной, вызвавшей слуховой дефект. Так у детей с ранним органическим повреждением мозга нарушения слуха обычно сочетаются с повышенной психической истощаемостью, некоторой раздражительностью.

В раннем возрасте у этих детей часто проявляются двигательная расторможенность, нарушения функции активного внимания, что затрудняет проведение с ними специальной сурдологической работы. Эта категория детей должна быть обязательно проконсультирована психоневрологом и получать соответствующее лечение.

Среди детей с нарушениями слуха есть замкнутые, «странные» дети, которые с большим трудом вступают в контакт с окружающими, отказываются от общения со сверстниками, проявляют склонность к стереотипным действиям, не учитывают ситуацию и как бы пребывают в своем внутреннем мире. Этим детям необходимо консультировать у детского психиатра, так как у них может иметь место сочетание дефектов слуха с проявлениями аутизма.

Более резко выражены нарушения поведения у оглохших детей. В первое время после потери слуха поведение ребенка резко меняется. Одни дети становятся двигательно расторможенными, импульсивными, временами даже агрессивными. Другие затормаживаются, уходят в себя, отказываются от общения и занятий. В обоих случаях это поведение связано с реакцией ребенка на свой дефект. Такие дети также во всех случаях нуждаются в консультациях детского психиатра.

При нарушениях слуха обычно нарушена и речь: она либо недоразвивается при врожденных дефектах слуха, либо распадается у оглохших детей. Нарушения речи в свою очередь обуславливают специфические особенности развития мышления и памяти глухих детей.

Одной из основных задач лечебно-педагогической работы с детьми с нарушениями слуха является развитие речи и логического мышления.

Особенности интеллектуального развития и речи. Специальные исследования показывают, что основной причиной задержанного интеллектуального развития у детей с нарушениями слуха является позднее и замедленное развитие речи, а также искажение формирования речи в первые годы жизни ребенка. Известно, что речь имеет большое значение в формировании корковых функций, составляющих основу развития школьных навыков. Речь развивается на основе сохранного слуха и врожденных слуховых рефлексов, являющихся важной предпосылкой формирования корковых функций. Снижение слуха в раннем детстве приводит к грубому недоразвитию речи. К значительным нарушениям речевого разви-

тия может приводить и тугоухость. При этом степень и характер отставания речевого развития зависят не только от степени снижения слуха, но и от времени возникновения слухового дефекта. Глухота, возникшая в период, когда у детей речь еще не сформировалась, приводит к выраженному ее недоразвитию. Если речь уже сформирована и функционирует, то при возникновении глухоты речь сохраняется, но для ее дальнейшего развития необходимы специальные занятия.

Речевые нарушения имеют ведущее значение в возникновении интеллектуальной недостаточности при глухоте и тугоухости, именно они определяют характер процессов мышления этих детей. Описан ряд характерных для тугоухости особенностей речи: нечеткость произношения, смешение звонких и глухих звуков, своеобразие замен многих звуков на звук «т» (татирования). Свообразие голоса и интонаций: приглушенность, хриплость, неестественные модуляции.

Особенностями речевого поведения слабослышащих детей является повышенное внимание к жестикуляции и мимике говорящего собеседника или учителя в связи со стремлением «считывать с губ» говорящего, а также замена речи или сопровождение ее обильной жестикуляцией и мимическими движениями. Имеет место ограниченное понимание речи окружающих и читаемых текстов, выраженная недостаточность собственного словарного запаса, широкое использование обиходных выражений и штампов. При осложнении тугоухости нарушениями фонематического слуха имеют место ошибки на различение близких по звучанию фонем: б – п, д – т и др.

Многие авторы отмечали своеобразную дисгармонию в формировании интеллектуальных функций при нарушениях слуха у детей. В. Ф. Матвеев, Л. М. Барденштейн описали особенности «вторичной парциальной задержки интеллектуального развития», этиологически связанной с глухотой и тугоухостью и ближайшим их следствием – отсутствием формирования речи в первые годы жизни ребенка. Они отмечали задержку развития словесно-логического мышления при сохранности конкретных форм мышления. Свообразную дисгармонию в формировании интеллектуальных функций при нарушенном слухе отмечала С. С. Калижнюк. У детей с нарушениями слуха вследствие гемолитической болезни новорожденных обнаруживалась диссоциация между развитием наглядно-действенного и словесного мышления с недостаточностью последнего.

Дети с нарушениями слуха могут проявлять достаточную способность к выполнению довольно сложных конструктивных заданий, что значительно отличает их от умственно отсталых, изобразительная и конструктивная деятельность которых намного беднее и в основном имеет подражательный характер. Вместе с тем у детей с тугоухостью обнаруживается недостаточность тех видов интеллектуальной деятельности, которая тесно связана с речью. Затруднения у них вызывают задания, требующие речевого оформления и речевого ответа. Дети часто затрудняются в выделении и закреплении отдельных свойств предметов, в результате чего страдает формирование предметных представлений.

8.2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХА

При обследовании таких детей нередко обращает на себя внимание общее беспокойство, импульсивность, повышенная раздражительность.

При умственной отсталости в сочетании с нарушениями слуха часто отмечаются проявления церебрастенического синдрома со снижением умственной работоспособности, нарушениями внимания и памяти. Эти дети часто нуждаются в организации их деятельности.

Дифференциация интеллектуальных нарушений у детей с дефектами слуха представляет большие сложности. Основным дифференциально-диагностическим критерием при отграничении слабослышащего ребенка с нормальным интеллектом от слабослышащего, страдающего умственной отсталостью, должен быть учет всех качественных различий структуры нарушения. При этом следует учесть ряд дифференциально-диагностических критериев: наличие дисплазий, которые характеризуются специфическими особенностями как при умственной отсталости, так и при нарушениях слуха. При дефектах слуха нередко отмечаются различные аномалии развития ушных раковин; при сочетании этих дефектов с умственной отсталостью часто наблюдаются деформации черепа, своеобразие строения пальцев рук в виде клинодактилии, арахнодактилии, искривления мизинцев, синдактилии пальцев рук и ног и т. д.

При сочетанных дефектах слуха и интеллекта чаще наблюдается неврологическая симптоматика, чем при изолированных нарушении-

ях слуха или интеллекта. В этих случаях часто речь идет о сложном дефекте – сочетании нарушений слуха с другими заболеваниями и синдромами поражения центральной нервной системы.

Структура интеллектуального нарушения при изолированных дефектах слуха имеет более парциальный и мозаичный характер: отмечается диссоциация в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления, последнее оказывается значительно недоразвитым. Дети хорошо справляются с так называемыми невербальными заданиями и показывают свою явную несостоятельность при выполнении вербальных. Они отличаются правильным отношением к окружающему, критичностью, способностью контролировать свое поведение и деятельность.

8.3. ПОМОЩЬ СПЕЦИАЛИСТОВ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Заниматься с совсем маленьким ребенком с нарушением слуха в семье можно так же, как все родители занимаются со своими детьми, но еще более внимательно следить за каждым проявлением психической жизни. Взрослые чаще должны брать такого ребенка на руки, подносить к предметам, заинтересовавшим его, давать ему возможность их исследовать, ощупать. Не следует надолго оставлять ребенка в манеже одного, и как можно раньше следует приучать его к самостоятельности.

Дети с нарушениями слуха нуждаются в особом подходе и специальных методах воспитания и обучения. Для нормативного психического развития глухого и слабослышащего ребенка ведущее значение имеет раннее (желательно в первые месяцы жизни) начало коррекционной работы, направленной на стимуляцию и развитие слухового восприятия. Необходимо раннее использование сурдологической техники. Стимуляция слухового восприятия осуществляется одновременно со стимуляцией речевого развития.

В обучении используется как стимуляция дефектного слухового анализатора, так и подключение сохранных: зрительного, тактильного, двигательного. Особое значение придается раннему включению речи в общение ребенка с окружающими, что открывает перед ним возможности участия в коллективных видах деятельности.

В настоящее время разработана методика занятий с первых месяцев жизни с детьми, имеющими дефекты слуха. Так как в младенческом

и раннем возрасте ребенок обычно воспитывается в семье, основное внимание обращается на обучение родителей воспитанию ребенка с нарушением слуха.

Развитие речевого общения с родителями, другими близкими и сверстниками становится важнейшим направлением коррекционно-развивающей работы. Часто ПМПК рекомендует детям с нарушениями слуха, приблизившихся по уровню своего речевого и общего развития к норме, обучение в массовой школе. Желательно, чтобы в таких школах функционировал класс кратковременного пребывания для учащихся с нарушением слуха и работал сурдопедагог.

Для эффективной помощи родителям, воспитывающим ребенка с нарушением слуха, создаются специальные консультативно-диагностические группы при медицинских учреждениях и при специальных детских садах, в сурдоцентрах. В особом педагогическом подходе нуждаются дети, у которых дефекты слуха сочетаются с интеллектуальными, двигательными и эмоционально-поведенческими нарушениями.

В комплексе реабилитационных мероприятий для детей с нарушениями слуха важное значение имеет как можно более раннее слухопротезирование. Для компенсации потери слуха большинству пациентов достаточно слуховых аппаратов. Но в некоторых случаях они недостаточно эффективны.

В этих случаях используется метод кохлеарной имплантации (КИ), требующий активного участия семьи в постоперационной реабилитации своего ребенка. Ранней диагностике и, следовательно, раннему слухопротезированию способствует скрининг нарушений слуха у новорожденных. Все это еще в большей степени актуализирует проблему правильного семейного воспитания детей данной категории.

Несмотря на индивидуальные различия детей, у родителей имеются общие задачи воспитания. Это охрана и укрепление здоровья; предупреждение заболеваний и вторичных отклонений в развитии; работа по развитию коммуникативных и адаптивных навыков ребенка; развитие его умственных способностей, памяти, мышления и речи; формирование и развитие положительных нравственных качеств; воспитание активности и создание условий для развития его творческих способностей.

Специалист обучает родителей взаимодействию с ребенком. Действуя совместно, родители и специалисты формируют необходимые

психологические предпосылки обучения и воспитания – развивают внимание ребенка по подражанию, интерес к окружающему миру, что является основой коммуникативных связей ребенка с окружающими.

Формирование и развитие словесной речи ребенка, а также формирование коммуникативных умений необходимо начинать с момента выявления нарушения слуха. Поэтому так велика роль родителей в этом процессе. Они создают разнообразные ситуации, позволяющие расширять словарный запас и развивать разговорную речь ребенка, закреплять понятия, совершенствовать произносительные и слуховые навыки. Такая работа становится необходимым условием семейного воспитания.

Положительный пример родителей способствует овладению ребенком нормами и правилами нравственного поведения. Только подражая родителям, ребенок постепенно приобретает такие нравственные качества, как доброта, правдивость, дисциплинированность и трудолюбие. Следует иметь в виду, что представления о морали, которые слышащий ребенок может усвоить самостоятельно, не формируются у детей с нарушениями слуха без специальной педагогической работы.

Семья играет важную роль в социализации ребенка с нарушенным слухом. Родители формируют у детей навыки самообслуживания, положительное отношение к учебе, готовят детей к участию в бытовом и общественно-полезном труде.

В общении и различных видах совместной деятельности родители расширяют кругозор ребенка с нарушением слуха, развивают в нем интерес к знаниям, потребность в чтении. В этих целях родители используют и совместно проведенное время досуга.

Семейное воспитание ребенка с патологией слуха должно быть ранним, коррекционным и ориентированным на потенциальные возможности ребенка. Такое воспитание предотвращает социальную изоляцию ребенка, обеспечивает его средствами коммуникации и помогает его интеграции в общество.

Для детей с патологией слуха очень большое значение имеет правильное семейное воспитание. Нужно, чтобы родители знали, что ранняя потеря слуха меняет дальнейшее психическое развитие ребенка. При нарушенном слухе имеют место недоразвитие или отсутствие речи, нарушение ориентировки в предметной деятельности, искажение представлений о социальном окружении, нарушение

потребностно-мотивационного плана деятельности, страдает развитие личности в целом. Необходимыми условиями для полноценного развития является, прежде всего, речевая среда, окружение говорящих людей и вовлечение ребенка в совместную практическую деятельность со взрослыми и сверстниками. Важным условием также является стимуляция развития всех человеческих способностей, активное влияние на развитие всех психических качеств ребенка.

Родителям следует как можно больше разговаривать с ребенком, находясь в его поле зрения. Говорить с ним следует громко, выразительно, активно жестикулируя, помогать ему жестами и мимикой понять контекст. Если родители глухие, они могут разговаривать с ребенком с помощью дактилологии и жестовой речи.

Как можно раньше надо начинать приучать ребенка к слуховому аппарату. Слуховой аппарат ребенку надо носить постоянно, снимая его только на время сна. Но приучать малыша к этому следует постепенно.

Правильно подобранный слуховой аппарат и правильно установленный режим его работы – необходимое условие для успешного начала работы с ребенком. Приобретенный слуховой опыт будет полезен и в случае проведения операции по кохлеарной имплантации.

Усиление звуков в аппарате не должно быть чрезмерным, вызывающим неприятные ощущения. В противном случае дети с плачем срывают аппараты, отказываются их носить. Более терпеливые дети носят, но жалуются на головную боль, усталость, становятся раздражительными, нервными. Чтобы этого не происходило, аппарат должен быть правильно настроен.

Родителям следует объяснять, что глухим и слабослышащим детям, имеющим значительное снижение слуха, требуется продолжительное ношение слухового аппарата и систематические слуховые занятия для того чтобы убедиться, что ребенок с аппаратом слышит лучше.

Раннее начало занятий, безусловно, залог успеха. Ребенок не приобрел еще никаких специфических форм общения, не почувствовал своей неполноценности.

Дети, не наученные слушать с аппаратом, могут относиться к нему просто как к ненужному предмету. Если дети избалованы, так как родители относятся к ним как к больным, стараются выполнить любое их желание и не сумели приучить их к аппарату, преодолеть подобный отрицательный педагогический опыт непросто. В то

же время нельзя впадать и в другую крайность: заставлять детей пользоваться аппаратом.

8.4. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ

В России в соответствии с Приказом № 108 МЗ и Минпрома РФ «О введении аудиологического скрининга новорожденных детей и детей первого года жизни» с 1996 г. проводится скрининг нарушений слуха у детей.

Скрининг (от англ. *screening* – «отбор», «сортировка», «просеивание») – направлен на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции.

Скрининг новорожденных направлен на выявление заболеваний у новорожденных, что позволяет обеспечить раннее начало лечебно-коррекционных мероприятий и профилактику нарушений в развитии.

Различают массовый (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица определенной категории (например, все новорожденные при скрининге врожденных дефектов обмена, нарушений слуха), и селективный скрининг, применяемый в так называемых группах риска (например, скрининг членов семьи при наличии наследственного заболевания).

Аудиологический скрининг является массовым, охватывает всех новорожденных и обеспечивает выявление всех детей с существенным двусторонним снижением слуха, а именно более 35 дБ на лучше слышащем ухе; ложноположительные результаты (дети с нормальным слухом, не прошедшие скрининг) не должны превышать 3% и в идеале составлять 0% (**высокая специфичность**); ложноотрицательные результаты (дети с нарушением слуха, прошедшие скрининг) должны составлять 0% (**высокая чувствительность**).

Методы скрининговых обследований должны быть безопасными (неинвазивными); простыми в применении и не отнимать много времени.

Скрининг слуховых нарушений проводится поэтапно:

I этап: в роддоме у новорожденного выявляют факторы риска глухоты и тугоухости и в выписке ребенка делается соответствующая запись. В настоящее время в России введены объективные методы исследования слуха. С помощью одного из них регистрируют вызванную отоакустическую эмиссию (ОАЭ). Этот метод используется

в роддомах не ранее 4-го дня жизни. С его помощью выявляют даже небольшое снижение слуха. Для этого в наружный слуховой проход малыша вводят зонд, который посылает звуковой сигнал во внутреннее ухо. При патологии внутреннего уха отоакустическая эмиссия не регистрируется. Фиксируются нарушения от 30 дБ. При отрицательном результате, то есть отсутствии ОАЭ, аудиологический скрининг проводится повторно (через 4–6 недель после первичного скрининга). В отделениях патологии используется еще один объективный метод – метод регистрации слуховых вызванных потенциалов (перед выпиской из стационара). При наличии отрицательного результата (отсутствия отоакустической эмиссии или слуховых вызванных потенциалов) скрининг проводится повторно (через 4–6 недель). При повторном отрицательном результате ребенок направляется на обследование слуха в детский сурдоцентр. Обследование должно завершиться в первые три месяца жизни.

На II этапе в поликлинике по месту жительства проводят анкетирование родителей и проверку поведенческих реакций ребенка на звуки в возрасте 1, 4 и 6 месяцев с помощью звукореактотеста. Если ребенок не проходит этот тест, то требуется III этап скрининга, который проходит в детском сурдоцентре, где проводится регистрация коротколатентных (стволомозговых) вызванных потенциалов (КСВП). Звуковой сигнал посылается в слуховой орган через зонд в наружном слуховом проходе или наушники (ушные вкладыши). Ответы генерируются в стволе головного мозга. Фиксируются нарушения от 35 Дб.

Повторное обследование слуха рекомендуется также детям с гипербилирубинемией. При повторном отрицательном результате ребенок направляется на диагностическое обследование слуха в детский сурдологический центр.

Благодаря раннему выявлению и ранней комплексной помощи дети с нарушениями слуха получают равные шансы с детьми с нормальным слухом на развитие, получение образования и профессии. Но для этого необходимо слухопротезирование в ранние сроки, проведение лечебных мероприятий, занятия ребенка и родителей с сурдопедагогом и логопедом по развитию остаточного слуха, общения и речи. Развивают также психические функции и моторику с момента выявления нарушения слуха. Исследования показали, что если детей с 3–4 степенью тугоухости протезировать слуховым аппаратом в возрасте до 6 месяцев, то их речевое и языковое развитие

может не отличаться от нормативного. Позднее такого результата добиться уже не удастся.

Если отсутствует результат при протезировании ребенка слуховым аппаратом, то методом выбора слухопротезирования является кохлеарная имплантация – электродное слухопротезирование детей с глухотой и 4 степенью тугоухости начиная с возраста 1 год.

8.5. КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ (КИ)

Основные показания к проведению операции кохлеарной имплантации перечислены в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации № 2510/6642-32 от 15 июня 2000 г.

Кохлеарная имплантация – многокомпонентная система мероприятий, которая включает: комплексное диагностическое обследование; отбор пациентов; хирургическую операцию; дооперационную и послеоперационную реабилитацию. Система кохлеарного импланта состоит из двух основных частей: сам имплант – хирургически помещается под кожу. Речевой процессор располагается за ухом. Звуки воспринимаются микрофоном речевого процессора. Речевой процессор анализирует звуки и кодирует их в последовательность электрических импульсов, которые посылаются к импланту. Имплант передает электрические импульсы на электроды в улитке. Слуховой нерв воспринимает их и посылает в слуховые центры мозга. Мозг распознает переданные сигналы как звук. Внедрение скрининга новорожденных оказывает дополнительное позитивное влияние на понижение возраста имплантации, а также форму педагогического сопровождения реабилитационного процесса.

Показаниями к КИ являются: двусторонняя глубокая сенсоневральная потеря слуха (средний порог слухового восприятия на частотах 0,5; 1 и 2 кГц более 95 дБ, при отсутствии эффективности других методов, наличие готовности родителей к длительной послеоперационной реабилитационной работе. Одним из главных противопоказаний к кохлеарной имплантации является отсутствие готовности у родителей к длительной послеоперационной реабилитационной работе. В связи со снижением пластичности мозга с возрастом при врожденной тотальной глухоте оптимальный результат может быть достигнут при максимально раннем выявлении, диагностике и начале слуховой реабилитации с использованием обеих ушей. При тугоухости у детей и взрослых следует стремиться

к максимальному сокращению «периода глухоты». Оба эти условия являются основой для успеха КИ. Многочисленные исследования показали, что, если ребенок проимплантирован в возрасте 2–2,5 лет, то порядка 50% детей идут в общеобразовательную школу. Если КИ произведена в 1 год – 60–65% могут учиться в общеобразовательной школе, а если операция произведена в возрасте 6–9 месяцев, то процент этот увеличивается до 80. Оставшиеся 20% – это дети с дополнительными нарушениями и сложной структурой дефекта. Восстановление после операции идет тем быстрее, чем раньше произведена операция, причем результаты тем лучше, чем короче интервал времени между потерей слуха и имплантацией. Полезен слуховой опыт, который имеется у детей, постоянно использовавших слуховой аппарат с раннего возраста и занимавшихся систематической слуховой тренировкой с педагогом и родителями.

Положительным моментом является тот факт, что возраст имплантируемых пациентов непрерывно понижается. Многие дети протезируются уже на первом году жизни, получив один или два (на оба уха) импланта. Все чаще производится двусторонняя имплантация маленьких детей с глубокой потерей слуха. Важно отметить, что с середины 90-х гг. с нарастающей скоростью стала развиваться имплантация глухих детей, имеющих глухих родителей, которые сделали свой выбор в пользу КИ и слышащей популяции для своих детей.

На сегодняшний день даже наличие у ребенка сопутствующих нарушений, как правило, не является противопоказанием для кохлеарной имплантации, а в некоторых случаях служит дополнительным основанием для ее проведения, например, при потере слуха и зрения после менингита. Но любые сопутствующие нарушения значительно осложняют и удлиняют процесс реабилитации, снижая ее результативность и эффективность использования КИ для развития слуха и речи.

Серьезным противопоказанием к КИ является отсутствие у родителей ребенка желания или возможности принимать активное участие в слухоречевой реабилитации ребенка, особенно в первые 2 года после имплантации.

Активное участие родителей и близких в реабилитации ребенка – самый важный фактор эффективности реабилитации детей с любыми расстройствами. Это касается и речевой реабилитации тугоухих детей со слуховыми аппаратами. Это объясняется тем, что овладение ребенком языковой системой в норме происходит

в течение всего дня. В то же время занятия с педагогами ограничены во времени. Их недостаточно для того, чтобы уложиться в оставшееся от сенситивного периода развития речи время и догнать слышащих сверстников. Необходимо, чтобы родители, близкие, волонтеры взяли на себя значительную часть работы по развитию речи имплантированного ребенка. В этой связи особое положение занимают дети, имеющие глухих родителей, сделавших выбор в пользу КИ и интеграции ребенка в среду слышащих. Их родителям приходится решать сложную задачу организации для них звуковой и речевой среды, необходимой для слухоречевой реабилитации глухих детей. Вопросы организации послеоперационной реабилитации детей тщательно анализируются, обсуждаются с родителями и специалистами на местах.

Для оценки продвижения в языковом и когнитивном развитии имплантированного ребенка используются не только данные педагогического диагностического обследования, но и характеристики педагогов, занимающихся с ребенком по месту жительства.

Реабилитация маленьких детей с КИ продолжается 3–5 лет, и ее конечной целью для большей части детей рассматривается подготовка к массовой школе. Это требует совместных усилий специалистов центра кохлеарной имплантации, специалистов на местах и семьи ребенка. Наличие у ребенка слухоречевого опыта обеспечивает более быстрые темпы реабилитации и ее более высокую результативность, особенно на начальных этапах.

8.6. РАЗВИТИЕ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Первое включение и настройка речевого процессора у маленьких детей достаточно сложный процесс, поскольку они не могут дать отчет о своих ощущениях, даже если они имели слуховой опыт.

Занятия по развитию слухового восприятия у ребенка важно начинать еще на предоперационном этапе и продолжать после операции (через неделю после снятия швов) до включения речевого процессора. Главная цель занятий на этом этапе – подготовка к включению кохлеарного импланта, то есть выработка условно-рефлекторной двигательной реакции на звук, например, надевание колец на пирамидку на хлопок, складывание кубиков в кузов машины на удар барабана. В процессе этих занятий ребенок также приучается

к систематической работе, у него формируются усидчивость, навык прислушивания. При развитии слухового восприятия с помощью речевого процессора у маленьких детей используются те же приемы и методы, как и при работе с малышами со слуховыми аппаратами, но результат при этом достигается несравнимо быстрее. У ребенка с КИ необходимо развивать слуховое восприятие по следующим направлениям: обнаружение звука, локализация источника звука в пространстве, различение речевых и неречевых звуков, различение и опознавание различных характеристик звуков, различение и опознавание неречевых звуков окружающей среды, различение, опознавание и распознавание различных речевых сигналов (фоном, слов, фраз). Дети с кохлеарной имплантацией быстро обучаются имитировать отдельные звуки речи, слова и даже короткие фразы в процессе занятий. Во всех заданиях по развитию слухового восприятия должны быть две стадии: сначала сигналы предъявляются ребенку слухозрительно, так чтобы он видел действия, вызывающие звук, далее он воспринимает их только на слух. При развитии слухового восприятия у детей после кохлеарной имплантации необходимо помнить, что перед предъявлением сигнала надо обязательно привлечь слуховое и зрительное внимание ребенка; в первое время до достижения достаточного уровня настройки процессора КИ дети не слышат тихих звуков и надо использовать звуки достаточной громкости, чтобы вызвать реакцию, у них увеличен латентный период реакции на звуки, поэтому после подачи звука надо оставить паузу и дать время для ответной реакции, при ее отсутствии повторить сигнал, у детей нередко быстрее вырабатывается реакция на время подачи стимула, чем реакция на звук, поэтому при выработке двигательной реакции на звук надо менять длительность интервала между сигналами, иногда пропускать их. Быстрое развитие слухового восприятия резко контрастирует с более медленно развивающейся способностью детей формировать устойчивые связи между звуковым образом слова и обозначаемым им предметом или явлением (**ребенок может повторять разные слова, не осознавая их значения, даже если он знает эти слова**). В течение первого месяца после первого включения речевого процессора и занятий большинство детей может различать на слух такие качества звука, как «один – много», «тихий – громкий», «длинный – короткий», слова, различающиеся числом слогов. Для того чтобы ребенок смог понимать речь, недостаточно научить его обнаруживать, различать, опоз-

навать и распознавать речевые сигналы. Ребенок должен овладеть языковой системой, то есть овладеть значением множества слов, их звуковым составом, правилами изменения и соединения слов в предложении и использования языковых средств для общения. Цель этих занятий – овладение значением слов и накопление импрессивного словаря. После включения речевого процессора эта работа продолжается с активным вовлечением слухового анализатора. В накоплении словаря ведущая роль принадлежит родителям и в самом начале важно объяснить им значение этой работы для развития понимания речи. В отличие от тугоухих детей с обычными слуховыми аппаратами быстро растущие слуховые возможности ребенка с кохлеарными имплантами в целом позволяют ему воспринимать наиболее тихие части речевых сигналов – окончания слов, приставки, предлоги, которые являются формообразующими элементами и определяют синтаксическую структуру высказывания. Это обеспечивает возможность овладения ребенком правилами морфологии и синтаксиса уже на ранних этапах работы, особенно при работе с детьми, имеющими слуховой опыт.

8.7. РАЗВИТИЕ ЭКСПРЕССИВНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Собственная речь маленьких детей на момент проведения кохлеарной имплантации в большинстве случаев либо полностью отсутствует, либо представлена неосознанным лепетом. Работа по формированию устной речи после включения речевого процессора ведется на основе быстро развивающегося слухового восприятия, развития представлений об окружающем мире (представлений о различных предметах и явлениях, их свойствах и функциях) и формировании у ребенка способности к голосовым и артикуляторным имитациям. В процессе формирования слухозрительного внимания к обращенной речи, узнавания и понимания различных речевых единиц педагог многократно произносит эти слова, соотнося их с соответствующими предметами. Постепенно ребенок пытается повторить за педагогом произносимые звуки, начиная с артикуляторно наиболее простых. В первую очередь необходимо сформировать у ребенка необходимость в речевом общении. В процессе обучения используется письмо и чтение (глобальное, послоговое). Результаты развития устной речи у детей различны. Однако при условии интенсивной

помощи родителей к концу первого курса обучения ребенок начинает активно имитировать просодические характеристики речи окружающих людей. У большинства детей удается сформировать через 1,5 года с момента проведения операции умение строить высказывание из нескольких слов, экспрессивный словарь ребенка при этом составляет не менее 50 слов. Через 2 года после операции у ребенка формируется связная речь, позволяющая детям общаться в быту, рассказывать об увиденном, читать стихи, петь песенки. Это опережает сроки формирования речи у детей со слуховыми аппаратами.

8.8. РАЗВИТИЕ НЕВЕРБАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Невербальное развитие детей после кохлеарной имплантации основано на возрастных и программных требованиях массового детского сада и включает развитие: а) двигательной активности (крупная и мелкая моторика, предметная деятельность); б) восприятия окружающего мира (представления о свойствах и функциях предметов и их частей, представления о явлениях, пространственных и временных отношениях предметов и явлений); в) внимания (зрительного, слухового, произвольного, развитие таких свойств внимания, как объем, устойчивость, распределенность, переключаемость); г) памяти (слуховой, зрительной, двигательной); д) воображения; е) мышления (наглядно-действенного и наглядно-образного мышления с использованием заданий по конструированию, составлению целого из частей, подбору и сортировке объектов в соответствии с размером, цветом, формой, количеством и др., заданий по невербальной классификации, составлении серии сюжетных картинок и пр.); ж) эмоционально-волевой сферы (формирование умения доводить дело до конца, преодолевать трудности, сдерживать свои желания и считаться с интересами других и др., что необходимо для процесса обучения ребенка).

8.9. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

В настоящее время в Российской Федерации внедряется инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей с нарушениями слуха. Внедрение

в практику образовательных учреждений интегративного и инклюзивного обучения и воспитания детей с нарушениями слуха требует, возможно, более полного удовлетворения особых образовательных потребностей и создания условий для данной категории детей. Для того чтобы такое образование было качественным, необходимо позаботиться о максимальной приближенности образовательного учреждения к месту жительства ребенка, эффективной работе службы сопровождения, широком охвате необходимой коррекционно-педагогической, медико-социальной и консультативной помощью и поддержкой детей и их семей. Инклюзия в дошкольном возрасте при создании необходимых условий, правильном семейном воспитании позволяет детям с нарушениями слуха достичь более высокого уровня речевого развития, близкого к нормативному. На ПМПК такие дети часто получают рекомендацию поступать в массовые школы, где они легче интегрируются в среду нормативно развивающихся сверстников.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие особенности психомоторного развития отмечаются у детей с нарушениями слуха?
2. Какие дополнительные нарушения встречаются у глухих и слабослышащих детей?
3. Какую помощь родителям неслышащих детей оказывают специалисты?
4. С чего нужно начинать работу с ребенком, имеющим нарушение слуха?
5. Нужно ли использовать слуховой аппарат, если ребенку нет еще одного года?
6. Что такое аудиологический скрининг и кохлеарная имплантация?
7. В какой помощи нуждаются имплантированные дети и какого уровня развития они могут достигнуть?
8. Как мать (близкие родственники) помогают ребенку с нарушенным слухом?
9. Какое значение имеет даже незначительное снижение слуха у ребенка раннего возраста?
10. Каковы показания и противопоказания к кохлеарной имплантации?

11. Какие возможности предоставляет кохлеарная имплантация для адаптации в слышащей популяции?

12. Какие возможности предоставляет инклюзивное образование детям с нарушениями слуха?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: просмотр презентаций, решение кроссвордов, тестовых заданий.

Внеаудиторная форма: подготовка мультимедийной презентации по материалам лекций, подбор и изучение литературы, подготовка конспектов научных статей из периодических изданий и сообщений по теме лекций, подготовка к контрольной работе.

ГЛАВА IX.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЕМ КОММУНИКАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СЕМЬЕ

9.1. РАЗВИТИЕ ОБЩЕНИЯ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Начальные элементы развития общения у ребенка возникают достаточно рано, уже начиная с первого месяца жизни. Уже на первом месяце жизни наряду с набором врожденных приспособительных реакций, играющих основную роль в жизнедеятельности организма. Можно с 3–4-й недели жизни выявить начальные предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос или улыбку начинает возникать ротовое внимание – ребенок замирает, его губы слегка вытягиваются вперед, он как бы «слушает» губами. Вслед за этой реакцией появляется улыбка. Уже в период новорожденности можно отметить, что ребенок быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

В возрасте 1–3 месяцев у ребенка наряду с интенсивным развитием реакций на зрительные и слуховые раздражители более отчетливо проявляются эмоциональные реакции на общение с взрослым: стабилизируется улыбка, а к концу этого периода появляется смех. К 3 месяцам у ребенка начинает развиваться выраженная эмоциональная реакция на появление взрослого – «комплекс оживления». Попытка вступить в контакт с ребенком 10–12 недель вызывает у него радостное оживление, повизгивание, вскидывание ручек, перебирание ножками, голосовые реакции.

На этом возрастном этапе комплекс оживления возникает при виде как знакомого, так и незнакомого лица. Своевременное появление и хорошая выраженность комплекса оживления свидетельствуют о здоровье ребенка и нормальном психическом развитии.

В возрасте от 2 до 5 месяцев ребенок начинает проявлять все более сильную привязанность к какому-либо одному заботящемуся о нем лицу. Следит за ним глазами, выражает недовольство при его уходе, улыбается больше этому лицу, чем другим, охотнее и длительнее гулит в его присутствии. К концу этого этапа он может

показывать активное стремление к отказу от общения с другими лицами, страх при виде чужого лица.

Примерно с 6–7 месяцев лепет приобретает коммуникативный характер: ребенок более активно лепечет при общении и игре с взрослым, одновременно начинается развитие начального понимания обращенной речи. Этот этап характеризуется постепенным развитием множественных привязанностей. К году у ребенка единственная привязанность начинает расширяться и распространяется еще на два-три лица из его окружения, обычно это другой родитель, бабушка или кто-либо из близких.

Некоторые дети в своем развитии минуют этапы единственной привязанности и быстро переходят к этапу множественных привязанностей. Особенно это характерно для детей, которые находятся в детских учреждениях.

Таким образом, специфические эмоциональные привязанности у ребенка младенческого возраста наиболее интенсивно развиваются в период от 22 недель до одного года. Структура эмоциональной привязанности ребенка не всегда однотипна. Наиболее благоприятной для психического развития является так называемая структура безопасной привязанности, при которой ребенок чувствует себя уверенно и защищенно. Такая привязанность формируется в результате правильного взаимодействия матери с малышом, когда ребенок имеет, может быть не столь частый, но эмоционально-приятный физический контакт с матерью.

Нарушения социально-эмоционального развития у детей могут наблюдаться в случаях, когда мать малоэмоциональна и в общении с малышом больше руководствуется разумом. Она заботится о нем, соблюдает режим, но мало играет с ним, а если и играет, то не заражается одновременной с ним радостью, а играет потому, что так надо. Подобный тип общения может предрасполагать к развитию у ребенка невротических реакций и, прежде всего, страха, а также аутизма. Трудности физического контакта матери с ребенком имеют место у малыша с ДЦП. Такой ребенок часто с трудом удерживает голову, плохо сидит, у него могут наблюдаться насильственные движения, при взятии его на руки он выгибается, что пугает мать, она боится его выронить. Все это вызывает большое волнение и беспокойство.

Большое значение в формировании эмоционально-социального взаимодействия имеет не только контакт-прикосновение, но и зрение, слух.

У детей с нарушениями зрения и слуха при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может быть нарушено развитие социальных взаимоотношений, что имеет место особенно при наличии сложного дефекта, включающего как нарушение слуха, так и нарушение зрения.

Особенно большие сложности в развитии коммуникативного поведения и эмоционального взаимодействия с окружающими имеют место у детей с нарушением общения в виде детского аутизма (РДА). Эти нарушения еще более усугубляются при наличии указанных выше расстройств.

9.2. F84.0. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Согласно МКБ-10, детский аутизм – это один из синдромов группы так называемых общих расстройств развития личности. Это своеобразное нарушение психологического развития обычно проявляется в первые 30 месяцев жизни. Детский аутизм (early infantile autism) впервые описан Лео Каннером в 1943 г. Основным признаком аутизма является неспособность формирования ребенком эмоционального контакта с окружающим миром и, прежде всего, с людьми. Ребенок с аутизмом погружен в мир собственных переживаний, отгорожен от окружающего мира, не стремится или не переносит межличностных контактов. Он замкнут и сторонится коллектива сверстников, у него отсутствуют живая выразительная мимика и жесты, он старается не смотреть в глаза окружающим. Эти дети избегают также телесных контактов, отстраняются от ласки близких. Лучше всего они себя чувствуют, когда их оставляют в покое. Ребенок с аутизмом как бы не замечает других людей; предоставленный самому себе, он может однообразно повторять одни и те же движения, что-то нашептывать, временами выкрикивать отдельные, лишённые конкретного смысла слова или звуки. Если взрослый все же пытается вступить с ним в контакт, он возбуждается, становится напряженным, негативистичным, может проявлять агрессию по отношению к окружающим.

Для детей с аутизмом характерна однообразная, как бы нецеленаправленная двигательная активность, которая проявляется в прыжках, беге на цыпочках, своеобразных движениях пальцев рук около наружных углов глаз. Двигательное беспокойство может чередоваться с периодами заторможенности, застывания в одной позе.

Степень умственного развития при аутизме различна: в одних случаях интеллект может быть нормальным, в других ребенок может быть умственно отсталым, но среди аутистов встречаются и высокоодаренные дети.

Развитие речи также отличается большой вариативностью: некоторые дети по темпу и срокам развития речи опережают здоровых сверстников, другие отстают в речевом развитии. Однако во всех случаях наблюдается своеобразие речи. Прежде всего, это нарушения модуляции голоса: либо она очень бедная, либо гротескная, не адекватная смыслу.

Часто ребенок особенно громко и выразительно произносит отдельные звуки или слоги. При аутизме очень своеобразен тембр голоса: высокий, с нарастанием его высоты к концу фразы.

Речь детей с аутизмом часто содержит набор штампованных фраз, иногда наблюдается стремление к повторению малопонятных слов, услышанных ими от окружающих или по радио. Особенно часто речи является речь о себе во втором и третьем лице.

Речь аутичного ребенка не направлена на общение с окружающими, а является как бы речью для себя. Ребенок получает удовольствие не от общения, которое возникает при помощи речи, а от манипулирования самими словами, звуками и фразами. В некоторых случаях речь у ребенка отсутствует полностью.

Для многих детей с аутизмом характерна любовь к музыке, они могут часами слушать свои любимые мелодии.

Они отличаются повышенной чувствительностью к своему окружению, с трудом переносят изменение привычной для них обстановки, часто испытывают страхи при встрече с незнакомыми предметами, иногда боятся самых обычных предметов обихода, например света электрической лампы, звука пылесоса, некоторые из них боятся лифта, поездки в метро, животных и т. д.

Аутизм может возникать по различным причинам: вследствие раннего повреждения головного мозга в сочетании со своеобразными, наследственно обусловленными особенностями психики, нарушения обмена веществ, вирусной инфекции, а также в результате эмоциональной депривации в раннем детстве. Но во всех случаях наблюдается наследственная предрасположенность к подобному своеобразию психического развития. Аутизм чаще развивается у мальчиков, чем у девочек.

Аутизм встречается в пяти случаях на 10 000 живых новорожденных. Аутистические черты поведения могут наблюдаться

у многих детей с нарушениями в развитии: при некоторых наследственно обусловленных формах умственной отсталости, например, при фенилкетонурии, а также при детском церебральном параличе, синдроме врожденной краснухи, у детей с дефектами зрения – слепых и слабовидящих, при некоторых других нервно-психических заболеваниях. Около 1/3 детей с аутизмом имеют различные неврологические отклонения.

9.3. ПРОЯВЛЕНИЯ АУТИЗМА В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Известно, что уже в раннем возрасте у здоровых детей развивается потребность просить чего-либо и требовать к себе внимания различными невербальными способами, включая взгляд, жесты, голос.

Характерная особенность при аутизме в младенческом возрасте – это полная безучастность младенца к своему окружению. У ребенка долго не формируется и слабо проявляется или не проявляется вовсе комплекс оживления при общении с взрослыми. Он слабо реагирует на лицо взрослого, в том числе и на мать, что с самого раннего возраста нарушает формирование диады «мать – ребенок», психическое и эмоциональное развитие ребенка. В этих случаях необходимы ранние коррекционные занятия по развитию диадических взаимодействий «мать – ребенок».

Одним из проявлений аутизма в младенческом возрасте является нарушение аффективного взаимодействия с ближайшим окружением. Ребенок с трудом приспосабливается к рукам матери. У него с трудом формируются важнейшие адаптивные реакции, характерные для ребенка этого возраста; он не протягивает ручек по направлению к взрослому, когда взрослый смотрит на него. У многих аутичных детей отсутствует такая поза готовности, на руках матери аутичный ребенок чувствует себя дискомфортно: либо он висит как мешочек (по выражению родителей), либо бывает чрезмерно напряжен, оказывает сопротивление. Одной из ранних функций здорового ребенка является фиксация взгляда на лице матери. Здоровый малыш очень рано проявляет интерес к человеческому лицу. Уже в первый месяц жизни ребенок может проводить большую часть бодрствования в глазном контакте с матерью. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм коммуникативного поведения.

У ребенка с аутизмом нарушается взаимодействие с матерью, он относится к матери недоброжелательно и активно гонит ее от себя. Существует также симбиотическая форма контакта: ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя и в ее присутствии он не бывает ласков с ней. Все аффективные проявления у ребенка с аутизмом однообразны. Он может проявлять аффект удовольствия чаще тогда, когда остается один и занят своими стереотипными «играми». Наиболее отчетливым аффект неудовольствия бывает при попытках окружающих проникнуть в его переживания или при изменении сложившегося стереотипа его жизни. Состояние интеллектуальных функций у детей с аутизмом крайне неравномерно, зависит от клинической формы заболевания, этиологии, патогенеза, обычно оно значительно ниже в невербальных заданиях.

Особенности глазного контакта при аутизме. При признаках аутистического развития нарушение (отсутствие) глазного контакта может проявляться особенно ярко. Многие авторы рассматривают это явление как центральное нарушение при аутизме. Наиболее характерным является взгляд мимо лица или «сквозь» лицо взрослого, то есть имеет место избегание глазного контакта. Кроме того, было обнаружено, что специфика реакции аутичного ребенка на лицо – сосредоточение на нижней его части, в то время как известно, что наибольшую частоту фиксаций взгляда и их продолжительности вызывают глаза.

Особенности ранней улыбки аутичного ребенка. Признаком благополучия аффективного развития традиционно считается своевременное появление улыбки и ее направленность близкому лицу. Сроки появления первой улыбки у большинства аутичных детей соответствуют норме. Однако она может быть адресована не столько человеку, сколько возникать в ответ на приятную ребенку сенсорную стимуляцию (тормошение, яркий предмет и т. д.). Таким образом, у аутичного ребенка уже в самом раннем возрасте обращает на себя внимание недостаточность избирательных коммуникативных реакций.

Нарушение эмоционального контакта с близким проявляется у аутичных детей уже на первом году жизни. Преимущественно оно проявляется в пассивности, недостаточности эмоционального общения. Комплекс оживления при общении с окружающими отсутствует или выражен крайне слабо. Существуют разные представления

о формировании привязанности у аутичных детей. Наиболее часто привязанность проявляется в виде фиксации симбиотической связи ребенка с матерью. Ребенок использует эту связь для контакта через мать с окружающим миром.

9.4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ НЕГАТИВИЗМА В ПОВЕДЕНИИ АУТИЧНЫХ ДЕТЕЙ

Негативизм – это психологически не мотивированное противодействие, стремление все делать наоборот. Встречается у здоровых детей в периоды возрастных кризисов и при патологии, а также может иметь стойкий характер и при различных нервно-психических заболеваниях и аномалиях развития (при эпилепсии, аутизме, детской шизофрении).

Это может быть немотивированный отказ, бездействие, избегание контакта, активное противодействие, протест. Такое нарушение может быть обусловлено различными причинами: неправильным воспитанием, невротическими и неврозоподобными расстройствами, личностными особенностями, проявление которых может обостряться в период возрастных кризисов.

Ребенок со стойким негативизмом должен быть проконсультирован детским психоневрологом. Негативизм, характеризующийся стойкостью и постоянством проявлений, входит в структуру органического поражения ЦНС при различных заболеваниях. Наиболее тяжелые проявления негативизма наблюдаются при раннем детском аутизме – РДА (Н. Н. Школьников); РДА в сочетании с синдромом Дауна, при нарушениях поведения по аутистическому типу в сочетании с алалией, а также при некоторых синдромных осложненных формах умственной отсталости: при синдромах Сотоса, Ландау-Клеффнера и др.

Предполагается, что патологический стереотип возникает и закрепляется по типу гиперкомпенсаторной реакции на собственную коммуникативную несостоятельность. В его основе, вероятно, лежит нарушение глубинных механизмов коммуникативного поведения, осуществляющих саморегуляцию на биологическом инстинктивном уровне.

Для организации общения и преодоления негативизма в поведении ребенка Н. Н. Школьниковой разработаны следующие рекомендации:

1. Неэффективно разбивать задания, состоящие из ряда последовательных действий, на этапы, так как это усугубляет развитие реакции негативизма. Более удачный подход заключается в формулировании ребенку общей задачи.

2. Словесная просьба взрослого может быть выполнена в том случае, когда он сумеет предупредить этой просьбой заведомо известные ему действия ребенка, которые наиболее вероятны в последующий момент. Этим способом несложно овладеть, изучив привычки и характерные особенности поведения ребенка в различных ситуациях.

3. С учетом особенностей динамики процессов, связанных с негативизмом, возможно успешное использование контрастных по силе стимулов. Речь идет о последовательном предъявлении ребенку двух стимулов различной степени значимости для него, но требующих однотипного отклика. При этом сначала используется более сильный побудитель к действию, потом более слабый. Первый стимул провоцирует внутренний конфликт и не позволяет рассчитывать на позитивный отклик ребенка. Второй стимул используется через некоторое время с расчетом на положительную реакцию. В этих условиях вероятность позитивного реагирования на второй стимул повышается. Это, по-видимому, можно объяснить тем, что сформированная ранее мотивация еще сохраняется на достаточном уровне, а негативизм, проявления которого отличаются выраженной механичностью, ослабевает соответственно ослаблению второго стимулирующего воздействия.

4. Существенную роль в преодолении коммуникативного барьера при негативизме играет ослабление фиксации внимания ребенка на моменте общения. Побуждение к действию сочетается с преднамеренным отвлечением внимания ребенка от требуемого действия, которое осуществляется как бы, между прочим, нечаянно. Ослабление фиксации внимания ребенка на общении может быть достигнуто также с помощью противоречивых инструкций. Взаимоисключающие друг друга просьбы вводят ребенка в состояние, близкое к запредельному торможению. При грубом использовании этого приема ребенок действует как автомат, а при более осторожном – наблюдается эмоционально положительное отношение ребенка к такой ситуации.

5. Если нет конкретной возможности преодоления или смягчения негативизма в данный момент, лучше не застревать на этой не-

благополучной ситуации, повторно обращаясь с просьбами к ребенку. Действия взрослого должны быть по возможности виртуозными и без неоправданных задержек и незаполненных смыслом пауз. Часто такая пауза сводит на нет тот сиюминутный контакт, который был установлен в предыдущий момент общения.

6. При контакте с ребенком необходимо исключить психологическое давление на него, угрозы и физическое наказание. Ошибочно рассматривать такое поведение как злостное, нарочитое упрямство и проявлять раздражение и гнев. Подобный подход вреден, так как только усугубляет тяжесть нарушения. К сожалению, настойчивые просьбы, уговоры, разумные доводы взрослого также могут оказаться безрезультатными и способствовать дальнейшему закреплению аномальных форм коммуникации.

7. Рекомендуется избегать ситуаций, провоцирующих вспышки негативизма, предупреждать и преодолевать нежелательные реакции ребенка, используя недирективную, гибкую тактику управления. Необходимо помнить, что развитие коммуникативного поведения детей происходит через организацию коммуникативного взаимодействия.

8. Эффективными оказываются «материнские» принципы взаимодействия. Эти принципы предполагают актуализацию аффективно-инстинктивных связей ребенка с матерью или лицом, ее заменяющим, а также опору на закономерности развития коммуникативного поведения ребенка на ранних этапах нормального онтогенеза при взаимодействии с матерью. Для ребенка с проблемами в развитии взаимодействие с матерью играет исключительно важную роль. Взаимодействие ребенка с матерью является источником и условием его развития. Анализ аффективно-инстинктивных связей в диаде «мать–дитя» позволил раскрыть ряд закономерностей развития взаимодействия в норме. Практика показала, что, опираясь на них при организации коррекционного взаимодействия, можно определить эффективные способы коррекции психических нарушений у детей.

9. При организации коррекционной работы необходимо учитывать указанные особенности, свойственные детям с РДА: наличие общей и психической дистонии, а также индивидуальной специфической гиперестезии по отношению к отдельным внешним раздражителям. В связи с этим взрослый стремится к предупреждению психической истощаемости и пресыщаемости путем своевременной смены и подбора видов деятельности и предметов.

10. Поддержание оптимального психического тонуса ребенка, согласно рекомендациям специалистов по детскому аутизму, достигается путем дозированной эмоциональной подзарядки.

11. Выделяется и такая важная особенность работы с детьми, страдающими аутизмом, как учет их специфических интересов и влечений. Для того чтобы взрослый в плане эмоционального контакта смог стать для ребенка неотвергаемой персоной, родитель (педагог) должен выяснить избирательные интересы ребенка.

Если в организации ситуаций общения и выборе предметов и деятельности следовать предпочтениям, а в ряде случаев и своеобразным влечениям ребенка, возможности плодотворного контакта увеличиваются.

Из практики работы с аутичными детьми известно, что в установлении контакта с ними может быть полезно использование так называемой приманки, то есть предмета, обладающего для ребенка высокой привлекательностью. Общение с ребенком по поводу такого предмета может быть успешным. Внешние проявления ориентировочного поведения у аутичных детей могут быть крайне редуцированы и искажены. Тем не менее, адресуя ребенку положительно значимый для него стимул, можно уловить признаки возникшей ориентировочной реакции и потребность в исследовательских действиях. Прежде всего, это направленность взгляда на актуальный объект. Взор ребенка может быть устойчиво и длительно направленным, а может быть скользящим и вновь возвращающимся к объекту. Возможны также поворот корпуса, перемещение тела в сторону объекта, протягивание к нему рук.

12. Главным препятствием к совершению коммуникативного действия может стать развитие внутреннего конфликта у ребенка. По мере развития этого конфликта, создаваемого побудительными и заградительными импульсами к действию, нарастает внутреннее напряжение. Для предупреждения и преодоления рассматриваемого конфликта ребенок нуждается в специально организованном коррекционном взаимодействии со взрослым. Для этого необходимо использование особых приемов.

Задача родителей и педагогов заключается в том, чтобы в каждом отдельном акте коммуникативного взаимодействия побудить ребенка к коммуникативному отклику; внести момент, обеспечивающий редукцию реакции негативизма так, чтобы уровень мотивации превышал уровень негативизма; положительно подкреплять коммуникативное действие ребенка.

Главная цель приемов – обеспечить следование ребенка позитивным моделям коммуникативного поведения. Условия, в которых ожидаемое действие выполняется ребенком формально, автоматически или случайно, отвечают коррекционным требованиям начальных этапов работы. При этом условно-рефлекторным путем формируется основа наиболее адекватных коммуникативных реакций.

9.5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Для более эффективной помощи детям с аутизмом необходимо раннее установление диагноза, желательно на первом году жизни, когда можно отчетливо отметить отсутствие зрительного контакта, непереносимость каких-либо перемен в своем окружении, отсутствие эмоционального контакта с матерью и другими взрослыми, страхи. Необходимо выявить также и некоторые сходные состояния, одним из основных или второстепенных признаков которых является аутизм.

У некоторых детей с аутизмом описаны своеобразные изменения X-хромосомы – перетяжка на одном из ее участков. Это нарушение получило название синдрома ломкой или хрупкой X-хромосомы (fra-X). Эпонимное название – синдром Мартина-Белл. Поэтому во всех случаях аутизма рекомендовано цитогенетическое исследование.

Ранняя детская шизофрения. Для данного расстройства характерно более позднее начало и наследственная отягощенность шизофренией, а не аутизмом.

Одним из основных признаков ранней детской шизофрении является аутизм, отягощенный рядом регрессивных психических расстройств: резкое снижение психической активности, нарастание эмоционального безразличия к близким, потеря интереса к окружающей действительности. Ребенок становится бездеятельным, сидит, устремив безразличный взгляд в пустоту. Эти состояния сменяются возбуждением, стереотипными движениями: потряхиваниями кистями рук, прыжками, бегом на цыпочках и т. д. Постепенно у детей распадается речь, они отказываются от речевого общения или монотонно повторяют одни и те же слова или отдельные звукосочетания, о себе говорят в третьем лице. Теряются навыки самообслуживания, ребенок становится безразличным к еде, одежде.

Таким образом, если при раннем детском аутизме развитие ребенка с самого раннего возраста отклоняется от нормы, то при шизофрении на фоне предшествующего нормального развития психики проявляется ее своеобразный регресс.

У некоторых детей заболевание может начинаться с появления страхов, галлюцинаций. Происходит изменение эмоциональной сферы: бросается в глаза неустойчивость настроения, общее беспокойство, иногда ребенок сильно возбуждается, самоагрессивен. Дети могут кусать свои руки, бить себя по лицу. В периоды возбуждения наблюдаются характерные особенности походки: шаг вприпрыжку, чередование размеренного шага с быстрыми пробежками. Дети могут долго и однообразно бегать по кругу с припаданием то на одну, то на другую ногу. Временами это двигательное возбуждение сменяется заторможенностью, застыванием в одной позе. У некоторых детей периоды возбуждения чередуются с немотой. Часты проявления негативизма, ребенок импульсивен, нелепо ведет себя, пугает взрослых устрашающими фантазиями. Обычно расстраивается сон, характерны общая тревожность и страхи.

В некоторых случаях заболевание может возникать постепенно. Это вялотекущая шизофрения. У детей появляются навязчивые движения, мысли, высказывания. Они малоактивны, игры становятся более примитивными и однообразными. Расстраивается сон, появляются страхи, неустойчиво настроение. Постепенно изменяется поведение, усиливается отгороженность от сверстников, дети все больше погружаются в мир своих фантазий, эмоциональные контакты обедняются.

Могут также возникать и более тяжелые расстройства поведения. Дети не могут соотносить свои желания с желаниями окружающих. Поведение их все больше принимает неадекватный характер. Они не подчиняются общим правилам поведения, требуют выполнения только своих желаний. Может появляться агрессивность и жестокость по отношению, прежде всего, к близким. Все эти психические нарушения обычно усиливаются в периоды возрастных кризисов. Постепенно дети становятся все более отчужденными, бездеятельными и вялыми.

Иногда начало заболевания может иметь приступообразный характер. В этих случаях могут наблюдаться расстройства сна, общее моторное возбуждение, приступы немотивированного плача. Эти состояния возбуждения обычно сменяются общей вялостью, без-

различием ко всему окружающему. Одновременно пропадает речь, утрачиваются навыки опрятности. Возникают и становятся стойкими однообразные и бессмысленные движения-стереотипии. Во всех случаях замедляется темп психического развития, падает активное внимание.

Шизофрения является психическим заболеванием, возникновению которого способствует генетическая предрасположенность. В отличие от аутизма, при котором имеет место особый, неравномерный тип психического развития ребенка, проявляющийся уже в раннем возрасте, при шизофрении наблюдается прогрессирующий характер заболевания с регрессом ряда психических функций. Шизофрения может возникать и чаще всего возникает на фоне различных нарушений психического развития (в том числе у детей с ранним детским аутизмом).

Существует несколько форм течения ранней детской шизофрении. Закономерности психического развития ребенка на каждом возрастном этапе видоизменяют и определяют специфику проявлений заболевания у детей разного возраста. Особенности проявлений заболевания тесно связаны с наследственной семейной патологией. Больные ранней детской шизофренией нуждаются в систематическом медикаментозном лечении, специальных занятиях с психологом, логопедом и дефектологом. Для более успешного обучения и адаптации к жизни детей, больных шизофренией, важное значение имеет раннее распознавание заболевания. Большая роль в этом принадлежит родителям, которые должны внимательно наблюдать за своим ребенком.

В тех случаях, когда заболевание возникает остро, первым признаком являются страхи, которым может сопутствовать искаженное восприятие окружающего. Страхи характеризуются психологической немотивированностью. Дети убеждены в реальности причины, которая их вызвала, отвлечь и переключить их на что-либо другое практически невозможно. Отмечаются общая растерянность, неадекватность поведения и затруднения в общении, особенно речевом. Поведение ребенка резко меняется: он перестает играть, не отвечает на вопросы, застывает в каких-либо неудобных позах, иногда у него пропадает речь. Часто наблюдается двигательное возбуждение, непонятная агрессия, импульсивность. Ребенок становится драчливым, дурашливым, не может ничем заняться, бежит куда-то без всякой цели. Постепенно начинает проявляться отставание умственного

развития, потеря речевого контакта может сопровождаться своеобразными искажениями произношения знакомых ребенку слов.

Наряду с отсутствием речевого контакта ребенок может повторять отдельные слова по созвучию, но не по смыслу, он начинает говорить о себе в третьем лице. Также наблюдаются изменения и в общем соматическом состоянии: прежде всего у ребенка нарушается сон, появляется непонятная избирательность в еде, для него характерны общая слабость, бледность, похудание. Умение родителей внимательно наблюдать своего ребенка помогает диагностике этого заболевания уже в раннем возрасте.

9.6. F 84.2. СИНДРОМ РЕТТА

Заболевание было впервые описано в 1965 г. австрийским психиатром Андреем Реттом, именем которого оно и названо.

В настоящее время считается, что синдром Ретта – это своеобразное нарушение психомоторного развития и наблюдаемое исключительно у девочек. Хотя описано более 600 больных этой болезнью девочек, врачи еще недостаточно хорошо могут распознавать это заболевание. Синдром Ретта – это наследственное заболевание, связанное с мутацией в X-хромосоме, смертельное для мужских эмбрионов, поэтому оно и наблюдается исключительно у девочек. Частота заболевания довольно значительна и составляет 1 : 12 500 девочек в возрасте до 14 лет. Одним из характерных признаков заболевания, по которым оно и было выделено в самостоятельную форму, являются стереотипные движения рук по типу потирания или мытья в сочетании с нарушениями психомоторного развития. Заболевание отчетливо проявляется к 2 годам, то есть в большинстве случаев удается отметить определенный социальный и психомоторный регресс, утрату уже приобретенных навыков, например навыка начального доречевого (лепетного) или речевого общения. Следует отметить, что синдром Ретта может отягощаться органическим повреждением мозга при родах. В этих случаях часто бывает крайне трудно выделить этап нормального психомоторного развития ребенка. Обычно лишь удается отметить ухудшение состояния после 1,5–2 лет с некоторым регрессом тех или иных психомоторных навыков.

В первые годы жизни начинают выявляться двигательные расстройства в виде нарушений координации движений, возникают

трудности прямохождения и ходьбы. Не имея выраженного паралича и пареза, девочки как будто не умеют пользоваться своими ногами. При этом заболевании не все дети осваивают навык ходьбы. Те же, которые владеют этим навыком, временами испытывают затруднения в ходьбе, как бы забывают его. Это проявляется в том, что девочка, которая уже длительное время ходила достаточно уверенно, вдруг на какой-то период утрачивает этот навык, начинает ходить, держась за руку или другие предметы, или беспомощно стоит, не решаясь сделать шаг. Потом это проходит, и навык самостоятельной ходьбы восстанавливается.

Наличие этих двигательных нарушений в сочетании с изменениями мышечного тонуса (обычно с рождения наблюдается низкий мышечный тонус с дряблостью и вялостью мышц) приводит к ошибкам диагностики: этим детям может ставиться диагноз детского церебрального паралича.

Двигательные расстройства сопровождаются задержкой речевого развития, стойкими нарушениями звукопроизношения. Речевая активность детей обычно крайне низкая, ответы односложны, стереотипны (однообразны), часто эхоталличны, то есть девочки в своем ответе повторяют последние слова вопроса взрослого. Временами речь на какой-то период утрачивается.

Характерным признаком синдрома Ретта является недостаточная подражательная деятельность, что в значительной степени задерживает развитие у ребенка предметно-практической деятельности, ручной умелости и общения с окружающими.

Одним из основных признаков заболевания является также постепенное развитие прогрессирующего сколиоза. Позы и движения больных девочек крайне однообразны, неловки, они с трудом манипулируют с любым предметом. Наряду с монотонным потиранием рук у некоторых из них наблюдаются своеобразные движения рук перед грудью или подбородком. Лицо больных маловыразительно, неживое, взгляд неподвижный, они подолгу могут смотреть перед собой, характерно несчастное выражение лица.

Но наряду с этим у них могут возникать приступы смеха, которые кончаются иногда самоагрессией. Больные начинают рвать на себе одежду, кусать до крови руки. Одним из диагностических признаков заболевания является ночной смех.

Психическое развитие при синдроме Ретта сильно нарушено, сформированность отдельных психических функций крайне неравномерна

и прежде всего мыслительных процессов. Так, при стойкой недостаточности абстрактного понятийного мышления дети в процессе длительного специального обучения могут овладеть более высоким уровнем счетных операций по сравнению с умственно отсталыми детьми. Однако навыки письма и чтения у них развиваются с большим трудом, особенно навык письма.

Для больных с синдромом Ретта характерен крайне низкий психический тонус. Ребенок не может выдержать длительного интеллектуального напряжения, и поэтому его ответы носят импульсивный, случайный характер с проявлениями эхоталий. Это может создавать впечатление о крайне низких интеллектуальных возможностях больных и их необучаемости.

Дети с этим заболеванием могут чутко воспринимать отношение к ним окружающих, настроение близких, проявлять любовь и интерес к музыке, и вместе с тем их эмоции остаются крайне бедными.

Наиболее выраженный дефект при синдроме Ретта – нарушение взаимодействия ребенка с окружающим миром. Это в сочетании с описанными выше особенностями поведения иногда приводит к тому, что ставится ошибочный диагноз раннего детского аутизма. Однако, в отличие от синдрома Ретта, при раннем детском аутизме наблюдаются более выраженные и специфические затруднения в установлении контакта с окружающим. Ребенок с аутизмом обычно более активно противодействует намерениям взрослого вступить с ним в контакт и особенно при обучении его новым нормам поведения. Он также более активно сопротивляется прикосновениям и ласке, у него, как правило, отсутствует глазной контакт. Ребенок же с синдромом Ретта обычно пристально смотрит в лицо и глаза собеседника.

Кроме того, ребенок с аутизмом обычно проявляет чрезмерный интерес и своего рода одержимость к отдельным играм, предметам. Он особенно любит манипулировать неигровым материалом, часто фантазирует, уходит в мир собственных фантазий. При синдроме Ретта ребенок обычно вял, апатичен, внутренний мир его крайне беден, игровая деятельность как таковая отсутствует. Дети с синдромом Ретта так же, как и дети с аутизмом, нередко проявляют интерес к музыке.

Для синдрома Ретта характерны следующие симптомы, не встречающиеся при детском аутизме: двигательная заторможенность, характерная походка с широко расставленными ногами. Стереотип-

ное сведение, скручивание, мытье рук, смачивание их слюной, изолированное вытягивание пальцев, сгибание их в среднем суставе, эпизодическое часто дыхание (гипервентиляция ртом), отсутствие пережевывания (сидение с набитым ртом). В свою очередь, для детского аутизма характерны не встречающиеся при синдроме Ретта двигательная гиперактивность с доминированием хватания, акцентированное отвергание ласки, чрезмерная привязанность к неодушевленным предметам, стереотипные игры.

Дети с синдромом Ретта отличаются общей соматической ослабленностью, для них характерны бледность кожных покровов, постоянно холодные руки и ноги, у многих из них резко сниженный аппетит, дети с трудом жуют и глотают, подолгу держат пищу во рту и не глотают ее. Многие больные не умеют пользоваться ложкой, тем более вилок, хотя внешне их руки кажутся вполне здоровыми. Для многих больных с синдромом Ретта характерны также судорожные припадки.

При воспитании ребенка с синдромом Ретта родители могут встретиться с целым рядом проблем. Это, прежде всего, трудности с кормлением ребенка и нормализацией его сна. Поэтому следует набраться терпения, чтобы постепенно научить ребенка пользоваться столовыми приборами и правильно вести себя за столом.

Поскольку для больных с этим заболеванием характерны нарушения ритма сна и бодрствования, взрослым следует очень постепенно и терпеливо приучать ребенка к ночному сну. Для этого уже в раннем возрасте можно осторожно делать попытки не укладывать его днем, а на этот период чем-либо занимать. Дети с синдромом Ретта чутко реагируют на настроение окружающих, особенно матери. Поэтому мать должна быть максимально спокойной, когда она укладывает ребенка. Родителям не следует слишком волноваться, если нормализации сна ребенка удастся достичь только с применением медикаментозных средств.

Многие дети с этим заболеванием страдают хроническими запорами. Чтобы избежать их, необходимо делать специальные гимнастические упражнения: повороты туловища в стороны при сохранении неподвижности бедер. Ребенка сажают верхом на валик, взрослый удерживает его за грудку и поворачивает его туловище то в одну, то в другую сторону. Кроме того, полезно делать массаж живота по часовой стрелке. Режим питания с большим количеством соков и овощей и фруктов также способствует нормализации

функции кишечника. Родителям не следует волноваться, если им часто придется прибегать к слабительным препаратам.

Некоторых детей могут беспокоить приступы учащенного дыхания. Это, к сожалению, также один из признаков данного заболевания. Но ребенка надо показать врачу, сделать электрокардиограмму и при необходимости провести специальное лечение.

Дети с синдромом Ретта нуждаются в консультации ортопеда. С ними следует постоянно проводить упражнения по укреплению мышц спины, следить за их осанкой, в некоторых случаях может потребоваться ношение специального корсета. Кроме того, при данном заболевании на ранних этапах необходимы специальная лечебная гимнастика и массаж, направленные на укрепление мышц и развитие двигательных навыков. При проведении лечебной физкультуры и других занятий с ребенком – логопедических, занятий с дефектологом и учителем школы – следует помнить о большой утомляемости этих детей. Умственная и физическая работоспособность у них часто связана с неблагоприятными метеорологическими условиями. Дети с синдромом Ретта крайне чутко реагируют на смену погоды, особенно на магнитные бури.

Важной задачей воспитания детей с синдромом Ретта является развитие у них социально-бытовой ориентации. Ребенка следует как можно раньше привлекать к работе по дому, терпеливо развивать у него ручную умелость. Прежде всего его нужно обучить самостоятельно пользоваться туалетом, раздеваться и одеваться, убирать за собой вместе со взрослым свои вещи.

Одной из трудных задач является обучение ребенка игре. Эти дети, как правило, длительное время не проявляют интереса к ней. Поэтому играть вначале надо вместе с ребенком, проигрывая с ним определенные жизненные ситуации, которые ему уже хорошо знакомы. Учитывая интерес этих детей к музыке, следует проводить специальные музыкально-терапевтические (лечебные) занятия, направленные на нормализацию эмоциональной сферы, развитие подражательных голосовых реакций и речи ребенка. Детей должен также наблюдать врач-психиатр, который назначает медикаментозное лечение.

Детям с аутизмом необходимы длительная помощь, целенаправленные усилия семьи, учителей, воспитателей, врачей, психологов. Они нуждаются в устойчивой структуре окружения, понимании, терпении, помощи со стороны родных, друзей, соседей и общества.

Наблюдения показывают, что и при таком тяжелом нарушении психического развития, каким является детский аутизм, ранняя и систематическая лечебно-психолого-педагогическая коррекционная работа может способствовать улучшению их социальной адаптации.

Основную роль в адаптации детей с аутизмом к их окружению играют психолого-педагогические мероприятия, проводимые индивидуально и в небольших группах детей при правильно подобранном медикаментозном лечении. Детей с аутизмом специально обучают постепенному вращению в общество с целью подготовки их к взрослой жизни.

9.7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

Ребенка с ранним детским аутизмом не следует принуждать к выполнению тех или иных действий. Чем упорнее родители будут настаивать на своих требованиях, тем большее сопротивление им будет оказывать ребенок. Чтобы организовать поведение ребенка с аутизмом, предупредить возможность возникновения у него перевозбуждения, прежде всего, необходимо организовать его режим дня, важно также научить его основным гигиеническим навыкам. При этом надо создавать такие условия, которые бы способствовали предупреждению возникновения у ребенка страхов. Дети с аутизмом отличаются повышенной чувствительностью к различным внешним стимулам, они легко фиксируют внимание на отрицательных ощущениях. Поэтому если такого малыша, например, искупали в слишком горячей или слишком холодной воде, он может длительное время бояться не только самой процедуры купания, но и просто воды.

Многие аутичные дети сверхчувствительны к шумам, резким звукам. Поэтому они легко могут испугаться шума воды или стиральной машины, гула водопроводных труб. И раз испугавшись, они будут избегать процедуры купания. Первостепенной задачей родителей, обучающих детей с аутизмом гигиеническим навыкам, является устранение всех раздражителей, которые могут напугать ребенка или вызвать у него неприятные ощущения.

Следующая задача – постепенное и доброжелательное обучение малыша гигиеническим навыкам. При этом необходимо похвалить

и наградить ребенка за любые, даже очень незначительные успехи. Его следует постоянно подбадривать, вселять в него чувство уверенности.

Особенно родителям следует быть терпеливыми при воспитании у малыша навыков опрятности. Многие дети с аутизмом длительное время боятся горшка. Обучать этим навыкам малыша следует систематически. Высаживать на горшок необходимо через строго определенные промежутки времени: утром сразу после сна, затем после завтрака и далее через каждый час. В то время, когда ребенок сидит на горшке, маме нужно быть рядом с ним. Нельзя отвлекать его внимание игрушками. Нужно следить, чтобы малыш не сидел долго на горшке (не более 5 мин), не играл на нем в игрушки.

Горшок, который предлагается ребенку, должен быть удобным, желательным с мягким стульчиком. Нужно стараться, чтобы горшок находился в строго определенном месте, стимулировать ребенка, чтобы он сам шел к нему и садился на горшок. Мальчиков как можно раньше обучают мочиться стоя.

Если ребенок с аутизмом научился пользоваться унитазом, никогда не спускайте воду в тот момент, когда он еще сидит на унитазе. Помните, это может вызвать у него большой страх.

Если ребенок длительное время не может овладеть гигиеническими навыками, не может пользоваться туалетом, следует потерпеть и не ругать его, но не прекращать своих действий по воспитанию у него этих навыков.

При обучении ребенка навыкам приема пищи особенно важно соблюдать режим питания, пищу рекомендуется давать в одни и те же часы, за одним и тем же столом. Для приема пищи у ребенка должна быть любимая посуда. Родителям следует знать, что аутичного ребенка может испугать вид новой пищи, поэтому все новые блюда необходимо предлагать крайне осторожно, ставя их вначале подальше от ребенка. Взрослые же с аппетитом и комментариями «Ах, как вкусно!» едят эту пищу при нем. Постепенно у ребенка появится любопытство, и он осторожно попробует ее.

Нужно, чтобы во время приема пищи ребенок с каждым днем становился все более и более самостоятельным, осваивал бы все новые и новые навыки.

Детей с аутизмом следует как можно раньше привлекать к помощи по дому. Дети должны принимать участие в приготовлении пищи, мытье посуды, уборке помещения. Для аутичного ребенка очень по-

лезно, если в доме есть какие-либо животные: кошка, собака, черепаха, птицы, рыбки. Ребенка следует научить заботиться о них.

Если в семье есть другие дети, то они тоже испытывают бытовые трудности, и родителям нередко приходится жертвовать их интересами. Они могут чувствовать себя обделенными вниманием, считать, что родители их мало любят. Они либо разделяют заботы семьи, рано взрослеют, либо дистанцируются от семейных забот, что ложится дополнительной тяжестью на плечи родителей.

Ранимость такой семьи усиливается в периоды его возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего жизненного цикла: поступление ребенка в дошкольное учреждение, в школу, достижение им переходного возраста. Наступление совершеннолетия может вызвать у семьи еще больший стресс, чем установление диагноза.

Семья аутичного ребенка нередко лишена моральной поддержки знакомых, а иногда даже близких людей. Родителям бывает трудно объяснить окружающим причины странного поведения ребенка, его капризов, отвести от себя упреки в его избалованности. Нередко семья сталкивается с недоброжелательностью соседей, недовольством людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении.

Но в условиях, когда имеется развитая система помощи таким детям, семьи, воспитывающие аутичного ребенка, при прочих равных условиях оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие ребенка с умственной отсталостью.

Специалист, работающий с аутичным ребенком, должен учитывать особую ранимость его родителей. Специальные исследования показывают, что напряженностью своих переживаний семьи аутичных детей выделяются даже на фоне семей, имеющих детей с другими тяжелыми нарушениями развития. Основной причиной является тот факт, что тяжесть положения ребенка нередко оказывается для родителей неожиданной. Даже если подозрения и существуют, трудности ребенка уравниваются в глазах родителей его особыми способностями. Поэтому при установлении диагноза часто в возрасте 3, 4 или 5 лет члены семьи порой переживают тяжелый стресс, когда им сообщают, что их ребенок, которого они до сих пор считали здоровым и одаренным, на самом деле «необучаем» и им предлагают оформить инвалидность или поместить его в специальный интернат.

Специалист должен дать родителям возможность понять, что происходит с их ребенком, помочь установить с ним эмоциональный контакт, почувствовать свои силы, научиться влиять на ситуацию, изменяя ее к лучшему.

Родители должны знать, что семьям, имеющим детей с аналогичными проблемами, полезно общаться между собой. Они не только хорошо понимают друг друга, но каждая из них имеет свой уникальный опыт переживания кризисов, преодоления трудностей и достижения успехов, освоения приема конкретных решений многочисленных бытовых проблем.

Специалисту на первых встречах с ребенком необходимо избегать прямых вопросов («Как тебя зовут?» и пр.), заглядываний ребенку в глаза, «торможения» его с тем, чтобы вывести из «задумчивости», сильных тактильных воздействий. Первоначально в контактах с ребенком не должно быть давления и режима. Ребенок, имеющий отрицательный опыт в контактах, не должен понять, что его снова вовлекают в привычно неприятную для него ситуацию.

Все приемы должны быть направлены на то, чтобы пробудить у ребенка радость эмоционального общения с близкими, поставить взрослого в центр его мира, «заставить» ребенка стремиться к общению.

Действия взрослого не должны выходить за рамки того, что делает сам ребенок. Нужно понаблюдать, чем ребенок занимается, и заняться с ним этим же, а не предлагать сразу свои игры. Первый контакт организуется на адекватном для ребенка уровне в рамках тех активностей, которыми он занимает себя сам.

Надо спокойно, но увлеченно заниматься чем-то, что может привлечь внимание ребенка. Делать это надо осторожно, чтобы не напугать ребенка неожиданным новым впечатлением. Нужно следить, какое впечатление действия производят на ребенка, не усиливают ли они его тревожность, не увеличиваются ли его моторная напряженность, стереотипные действия или агрессия.

Необходимо помнить, что первые игровые взаимодействия надо строго дозировать. Следует выяснить, что ребенку в его игровых действиях приносит удовлетворение (например, то, что мяч не скачет, а катится по полу и пр.), другими словами, пронаблюдать за тем, как ребенок осуществляет аутостимуляцию, какими средствами, а затем повторить эти действия для ребенка, не акцентируя первоначально внимание на том, что эти действия совершил взрослый.

Смотреть при этом следует не в глаза, а на игрушку, это даст возможность взрослому вызвать приятные впечатления и создать основу для формирования и поддержания собственного положительного значения в глазах ребенка и постепенно предоставит возможность включить элементы контакта в привычную аутостимуляцию ребенка. Так, если ребенку понравится катать мяч, то можно попробовать катать его друг другу и т. п.

Распространенной ошибкой во взаимодействии с ребенком является невольная эмоциональная фиксация матери на неудачах ребенка и, главное, – неумение скрыть свои переживания. Мать должна спокойно и незаметно помогать ребенку, подчеркивая его успехи и не фиксируя внимания на неудачах.

Спокойная готовность помочь, вера матери в ребенка – необходимые условия для снятия напряженности в отношениях матери и ребенка, приведение их к нормальным, доставляющим радость формам общения.

Многие родители жалуются, что им очень трудно бывает, когда приходится брать с собой ребенка в магазин, в гости, в поликлинику и другие места. С ним нелегко бывает справиться в транспорте и на улице. Как известно, дети с синдромом ломкой X-хромосомы имеют тенденцию к сохранению неизменности окружающей обстановки (феномен тождества). Поэтому любая перемена может вызвать нежелательные эксцессы. В этих случаях может помочь метод, широко используемый как родителями, так и педагогами, и весьма эффективный.

Прежде всего, следует предупредить ребенка о предстоящем событии. В связи с тем, что у детей с синдромом ломкой X-хромосомы отмечаются трудности в восприятии информации с помощью слуха, необходимо наглядное подкрепление. Для этого рисуют очень простые сюжеты, из которых можно понять ситуацию и то, как себя следует вести. Очень простые карандашные рисунки являются вполне адекватными в этих ситуациях. Для детей постарше можно сделать поясняющие подписи под картинками. Это помогает ребенку понять, что предстоит и какие перемены его ждут. Если ребенок предупрежден о событии, то он чувствует себя в большей безопасности. Данный прием может быть использован в различных ситуациях, например при приучению к горшку, приготовления ко сну, обеду и др., и всегда он оказывается полезным. Известно также, что дети с синдромом ломкой X-хромосомы затрудняются в ответах на вопросы,

заданные воспитателем, не могут прочитать стихотворение по просьбе воспитателя. Это связано с тем, что они получают большую часть информации посредством произвольного запоминания. При этом спонтанная речь и игры такого ребенка концентрируются вокруг его интересов. Поэтому беседа с ним должна строиться с учетом этого фактора. Развитию произвольности в поведении также способствует использование метода пиктограмм. В последнее время родители проявляют все больший интерес к интеграции. Они часто спрашивают, насколько полезна их детям интеграция. Несомненно, интеграция необходима, однако к этому надо подходить осторожно и сугубо индивидуально. При этом не следует преуменьшать роль коррекционной работы. Более того, успешность интеграции во многом определяется последней. Нахождение в большом по численности классе будет предъявлять повышенные требования к ребенку с ослабленным вниманием и повышенной истощаемостью, что может затруднять процесс его обучения. Дополнительные трудности могут быть связаны с его негативной реакцией на какие-либо изменения в окружающей обстановке, мышечной гипотонией, нарушением произвольной речевой и других видов деятельности.

Если ребенок склонен к истероидным реакциям и допускает неправильное поведение на занятиях, следует опять прибегнуть к методу картинок. Для этого родитель заранее готовит эти картинки, вкладывает их в книгу и начинает рассказывать о ребенке, который ведет себя правильно, иллюстрируя свой рассказ показом картинок и разворачивая ситуацию шаг за шагом. Ребенку, который вел себя плохо в магазине, можно рассказать, как хороший мальчик пришел в овощной магазин, взял тележку у входа, подошел к стеллажу и стал выбирать нужные продукты и складывать в тележку, затем оплатил покупку (посчитать сколько) в кассе и т. д. Весь рассказ иллюстрируется картинками. Учитывая произвольный стиль обучения детей с ломкой X-хромосомой, следует опираться на знания, приобретенные ребенком произвольно. Опыт работы с такими детьми показывает, что они способны дифференцировать слова, а иногда и читать их в дошкольном возрасте без какого-либо обучения. Родителей это ставит в тупик, так как они об этом часто и не подозревают. Обычно это слова, наиболее часто встречающиеся на вывесках магазинов и рекламе, написанные большими буквами и красочно оформленные. Именно на них следует опираться педагогу, постепенно уменьшая формат и шрифт, приближаясь к стандарту.

При этом учителям и родителям следует учитывать повышенную частоту неглубоких нарушений зрения у данной категории детей – нарушений рефракции и страбизма, которые могут остаться нераспознанными.

Установление контакта специалистов с родителями начинается с обсуждения особенностей психического развития и социализации ребенка. Определяется уровень требований к нему, направления и возможные формы воспитательной работы в семье.

Врач объясняет, что определенная часть нарушений поведения ребенка носит защитный характер и частично связана с недоучетом окружающими особенностями его развития. Врач обязан предупредить родителей о большой ранимости аутичного ребенка для исключения неосторожных высказываний в его присутствии. Следует осторожно очертить перед родителями круг трудностей и реальных возможностей ребенка. Врач привлекает родителей к процессу медикаментозного лечения. Поддерживающая терапия в большинстве случаев при отсутствии выраженного обострения может осуществляться дома под постоянным контролем врача. Она успокаивает ребенка и стимулирует его целенаправленную деятельность. Врач учит родителей наблюдать за состоянием ребенка во время медикаментозного лечения и фиксировать наблюдения в дневниках. Врач может оказывать медицинскую помощь и самим родителям, если это необходимо.

Психолог может подсказать родителям, как избежать внутри-семейных конфликтов, создать щадящий и в то же время эмоционально-тонизирующий, организующий ребенка режим, чтобы уменьшить его аутистические тенденции. Психологу принадлежит ведущая роль в обучении родителей особым приемам воспитания аутичного ребенка дошкольного возраста, начиная от способов налаживания контакта и заканчивая формированием целенаправленного поведения.

Педагог обучает родителей методике занятий с ребенком, регулярно обсуждает динамику обучения и вновь возникающие у ребенка затруднения. Таким образом, работа с семьей аутичного ребенка включает методы обучения.

Показателем включенности родителей в коррекционно-развивающую работу является возрастание активности, понимания проблем и сильных сторон ребенка. Семья начинает регулярно заниматься, делать пособия, приносить свои пособия на занятия. И это

очень важно, поскольку любые, даже очень хорошие специалисты, являются временными в жизни ребенка, в то время как его семья с ним всегда и от того, насколько родители ощущают себя ответственными за образовательный маршрут своего ребенка, насколько понимают его настоящие проблемы, зависит возможность положительной динамики как в состоянии ребенка, так и просто более полная и счастливая жизнь его семьи.

Для обучения аутичных детей используются различные подходы – от понуждающего обучения и условно-рефлекторных методов до стимуляции и поддержки развития сохранных сторон психики и поведения. Предпочтительным является комбинированный подход, реализующий потенциальную эффективность различных методов.

Основные препятствия в обучении связаны с неконтактностью, языковыми трудностями, плохо управляемым поведением. Началу обучения предшествует установление достаточного контроля над поведением. Важно обучение не только языковым навыкам и адекватному их использованию, но и неязыковым средствам общения – пластике, жестовому языку. Для этого могут быть использованы управляемые модификации «ритуальных» танцев под музыку, занятия в группах лечебной физкультуры, обучение плаванию, ходьбе на лыжах. На первых порах аутичный ребенок должен получить хотя бы не полностью осмысляемые, но необходимые для социального поведения языковые шаблоны. Большое значение придается обучению бытовым умениям и навыкам самообслуживания. Здесь приходится изыскивать для каждого ребенка свои способы, учитывающие также возможности семьи. Одна из сложностей связана с затруднением у многих детей непосредственного воспроизведения. Родители и воспитатели должны быть готовы к тому, что те или иные прививаемые навыки и умения могут реализовываться не сразу, а через недели или даже месяцы. В работе с группой родителей проводится общее обсуждение подобного рода трудностей, родители обмениваются опытом их преодоления.

Иногда дети, казавшиеся лишенными каких-либо перспектив развития, могут прогрессировать до возможности среднего образования. Обучение в коррекционной школе VIII вида не всегда решает проблему, так как многие дети по интеллектуальным возможностям превышают уровень этой школы, но не умеют правильно построить поведение, плохо овладевают трудовыми навыками. Для их обуче-

ния организуются специальные классы с небольшим количеством детей и специально подготовленным персоналом.

Трудности контакта с другими людьми, в первую очередь с ровесниками, составляют одну из сложных и наиболее дезадаптирующих проблем аутичных детей. Известно, что аутизм интенсивно проявляется у детей в возрасте 4–7 лет. В дальнейшем, если ведется психокоррекционная работа, аутизм ослабевает, уменьшается стереотипность. Специфические речевые особенности и проблемы в сфере общения остаются. Стремление к общению в более старшем возрасте усиливается, однако возможности аутичного ребенка ограничивают реализацию этой потребности. Затруднена возможность диалога: недостаточен учет желаний собеседника, его готовность к общению; отсутствует навык соблюдать элементарную очередность слушания-говорения, недостаточное понимание, о чем можно говорить и в какой форме. Характерна плохая ориентировка в чувствах партнера по общению; неспособность к гибкому учету изменений в среде и соответственно недостаточной гибкости в диалоге приводит к изменению собственного поведения. Быстро возникает пресыщение в общении.

Аутичный ребенок может приближаться к собеседнику, перебрасываясь одной-двумя репликами. В условиях групповой коммуникативной ситуации пресыщение может выглядеть как многократные уходы участника и возвращения в общий круг. Любая неожиданность, трудность могут вызвать состояние растерянности и пассивного ожидания внешней помощи либо вызвать страх, импульсивное агрессивное действие, направленное вовне или на себя, усиление стереотипий. Все это ограничивает возможности аутичного ребенка общаться в коллективе, в развитии произвольности, самообладания, гибкости, усложнения форм общения. Аутичному ребенку обязательно нужен определенный опыт пребывания в формальной детской группе (в классе, в кружке). Специально организованное общение в группе заставляет следовать групповым нормам, учиться быть одним из участников, частью общего группового процесса, ареной самопроизвольных, без вмешательства взрослых взаимодействий между участниками.

Ценным тренингом для подростков с аутизмом (в отношении социальных навыков, учета другого человека) является свободное, без участия взрослых, клубное общение. При этом иногда в реальных жизненных ситуациях, требующих мобилизации душевной

и физической, аутичные дети могут проявлять чудеса выдержки и необычайно высокие для них адаптационные возможности. Опыт клубной работы с аутистами имеется у сотрудников ИКП РАО.

9.8. НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С АУТИЧНЫМ РЕБЕНКОМ

Дети с аутизмом нуждаются в ранних коррекционных занятиях, направленных на развитие их познавательной сферы, речи, тонкой моторики, изобразительной деятельности. В процессе этих занятий ребенка учат контактировать со взрослым, корректируют его эмоциональное состояние и поведение, обогащают жизненный опыт, организуют его произвольную деятельность. В воспитании «особого» ребенка семье может помочь психолог, педагог-дефектолог. В большинстве случаев воспитание и обучение ребенка необходимо сочетать со специальным медикаментозным лечением.

Коррекционная работа с таким ребенком имеет два основных направления:

1. Преодоление аффективной патологии, что особенно актуально на начальных этапах работы.

2. Формирование целенаправленной деятельности.

На этом этапе, возможно, появятся достаточно хорошие результаты. Это обрадует родителей, и они будут считать, что завершение коррекционной работы очень близко. Здесь наступает один из опасных моментов работы, так как после первого «прорыва скорлупы» ребенка, первых больших успехов обязательно наступает достаточно длительный этап упорной работы, своеобразное «плато» в успехах ребенка, без получения новых, существенных результатов.

Только после закрепления у ребенка потребности в контакте, когда взрослый становится для него положительным аффективным центром ситуации, когда появляется спонтанное аффективное обращение ребенка к взрослому, можно начать усложнение форм контактов, предложить свои, новые формы взаимодействия и игры.

Усложнение форм контактов должно идти постепенно, с опорой на сложившийся стереотип взаимодействия. Ребенок должен быть уверен, что усвоенные им формы не будут разрушены и он не останется «безоружным» в общении. Усложнение форм контакта должно идти по пути не столько предложения его новых вариантов, сколько осторожного введения новых деталей в структуру существующих форм.

Необходимо строго дозировать аффективные контакты с ребенком. Продолжение взаимодействия в условиях психического пресыщения, когда даже приятная ситуация становится для ребенка дискомфортной, может вновь погасить его аффективное внимание к взрослому, разрушить уже достигнутое.

Необходимо помнить, что при достижении аффективной связи с ребенком, смягчении его аутистических установок он становится более раним в контактах, и его надо особенно беречь от ситуаций конфликта с близкими.

При установлении аффективного контакта необходимо учитывать, что это не является самоцелью всей коррекционной работы. Задачей является не просто центрирование ребенка на психологе, а установление аффективного взаимодействия для совместного овладения окружающим миром.

9.9. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ И РОДИТЕЛЕЙ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Врач и психолог

В практике отечественной детской психиатрии психолог, как правило, привлекается врачом к диагностической работе. Результаты психологического исследования используются врачом при формулировании диагноза. Психолог активно включается в процесс коррекционной работы и выступает в нем как партнер врача.

В коррекционной работе врач и психолог взаимно дополняют друг друга, осуществляя различный подход к решению проблемы.

Технология подобных взаимодействий разработана и апробирована К. С. Лебединской, О. С. Никольской и др. в зависимости от поставленной задачи. Врач определяет диагноз, исходя из логики течения болезни. С помощью медикаментозной терапии он стремится устранить болезненные симптомы и стимулировать психическую активность ребенка. Психолог оценивает состояние ребенка, опираясь на данные нормативного психического развития, и определяет степень и характер отклонений в развитии. В коррекционной работе психолог стремится не только устранить болезненные проявления, но и, опираясь на сохранные психические функции, найти возможность его социального развития. Симптомы болезненного процесса психолог рассматривает с позиции нарушения хода психического развития, то есть для него они имеют значение как особенности потребностей

ребенка. Ряд моторных, речевых, поведенческих стереотипий врачом квалифицируются как проявление болезни, а психологом – как гиперкомпенсаторные образования, служащие для аффективной аутостимуляции в условиях дефекта, контактов с окружающим миром.

В процессе совместной коррекционной работы вырабатывается прогноз общей социальной адаптации больного ребенка и его интеграции в общество.

Взаимодействия врача и психолога строятся в зависимости от этапа работы.

На первом этапе приходится решать задачи устранения психогенных расстройств, обусловленных неадекватным отношением близких к ребенку с помощью психотерапевтических методов воздействия на ребенка и семью. Здесь основная роль принадлежит психологу.

На втором этапе важными являются функции врача по устранению психопатологической симптоматики с помощью медикаментозной терапии.

На третьем этапе главной задачей становится активация эмоционального, речевого, интеллектуального, личностного развития ребенка, формирование у него социально адекватных форм поведения. Врач, постоянно наблюдая за динамикой состояния ребенка в процессе обучения и психотерапии, гибко корригирует медикаментозное лечение, снимая тревогу и страхи.

В условиях специальной коррекционной группы необходима связь врача и психолога.

Педагог и психолог

Опираясь на данные врача и психолога, педагог ведет собственную работу, определяет конкретные задачи обучения и вырабатывает методику работы.

Педагог ставит перед психологом конкретные задачи по коррекции поведения ребенка. Особые трудности поведения и интеллектуальной деятельности детей, выявляемые на учебном занятии, становятся предметом специальной работы психолога. В этом случае психологическая коррекция, аналогично медикаментозной терапии, становится средством устранения расторможенности, уменьшения проявлений агрессии и страхов методом профилактики.

На каждом этапе совместной работы психолог и педагог, обследуя ребенка, оценивают динамику его развития в процессе

коррекции. Необходимо подчеркнуть, что ребенку дошкольного возраста именно педагог в процессе обучения дает наиболее сложные образцы взаимодействия с взрослыми. Его требования и запреты представляются ребенку непреложными. Игры, в которых педагог ищет первый контакт с ребенком, представляются ему как «занятия».

Взаимодействия с психологом носят более свободный характер и дают возможность большему самовыражению ребенка. Психолог может участвовать и в самих педагогических занятиях в роли соученика.

Каждый специалист использует достижения другого для обогащения содержания собственных занятий и форм контакта с ребенком.

Родители и специалисты

При поддержке специалистов родители имеют реальную возможность оставить ребенка в семье, обеспечив ему оптимальные условия для роста и развития, и не отдавать его в специализированное учреждение, лишив главного – родительской любви и заботы. Семье, воспитывающей ребенка с особыми потребностями, также необходима помощь для того, чтобы адаптироваться к полноценной жизни в обществе. Такую специальную помощь семье и ребенку общество и государство предоставляют посредством организации системы служб ранней помощи. Напрашивается вывод, что «особому» ребенку не меньше, чем обычным сверстникам, нужна семья, а потому родители не отдают его под опеку государства, а сами принимают активное участие в его воспитании.

Аутизм справедливо считается тяжелым и достаточно частым нарушением развития. Так, среди детей и подростков – пациентов психоневрологического диспансера аутистические расстройства составляют 48% от всех инвалидов, наблюдаемых детским психиатром и 33,3% от инвалидов-подростков. И хотя участие семьи является одним из важнейших условий эффективности коррекционно-развивающей работы, часто работа с семьей протекает не просто.

Родители впервые замечают необычность поведения своего ребенка уже на первом году жизни или до 2,5 лет. Но не всегда сразу обращаются к специалистам, особенно, если ребенок первенец, и его не с кем сравнивать. Ребенок кажется им необычным,

но умным и даже талантливим. К 6–8 годам клиническая картина расстройства становится достаточно выраженной, и родители обращаются за помощью к специалистам. Обследование и, особенно, постановка диагноза переносятся очень болезненно, как «гром с ясного неба». Им говорят, что ребенок, которого они считали талантливым – необучаемый. Они испытывают горечь, вину за происходящее, тревогу и депрессию, беспомощность.

Однако при поддержке специалистов родители могут стать хорошими учителями и врачами для своих детей. Партнерство между родителями и специалистами является одним из условий успеха родителей в этих ролях. Некоторые подсказки родителей позволяют лучше понять интересы ребенка. Бывает, что родители говорят, что ребенок это уже умеет делать, но просто не хочет показывать другим людям (это может оказаться как правдой, так и защитной реакцией родителя).

Значимость участия родителей в коррекционной работе трудно переоценить. Но время от времени дефектологи сталкиваются с тем, что ребенок отказывается заниматься дома с родителями. Одним из возможных вариантов привлечения семьи к занятиям является регулярное присутствие родителей на индивидуальных занятиях (например, раз в неделю).

Известно, что родители испытывают удовлетворение при взаимодействии специалистов – членов команды с ними во время групповых встреч. Существующий опыт проведения групповых встреч для родителей детей, страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС), показывает, что основным запросом родителей является преодоление трудностей взаимодействия с ребенком и чувство вины.

Описан значительно более высокий уровень стресса и депрессии, а также дистанцированные отношения в супружеских парах по сравнению с семьями обычных детей и семей с детьми с синдромом Дауна. Одной из важнейших причин установившейся дистанции в супружеских парах является низкий уровень самооценки у матерей, нуждающихся в психотерапии. В групповой работе акцент делается на обучении родителей справляться с собственной тревогой и тревогой детей. Выявлено, что для детей с синдромом ломкой X-хромосомы (синдром Мартина-Белл) наличие тепла и позитива, отсутствие критики со стороны родителей и специалистов снижает частоту проблем поведения.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы закономерности развития общения в раннем возрасте?
2. Каковы особенности проявления аутизма у детей младенческого и раннего возраста?
3. Охарактеризуйте взаимодействия специалистов и родителей в процессе воспитания и обучения аутичного ребенка.
4. Расскажите, в какой психотерапевтической помощи нуждается аутичный ребенок и его семья?
5. Каковы причины негативизма у аутичных детей?
6. Какие методы обучения аутичного ребенка являются наиболее эффективными?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: просмотр презентаций, решение тестовых заданий.

Внеаудиторная форма: написание эссе по теме лекции, подготовка презентаций, проведение самоконтроля с использованием вопросов из учебника.

ГЛАВА X.

РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В СЕМЬЕ

10.1. ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Термин «церебральный паралич» (ДЦП) используется для обозначения группы двигательных расстройств, возникших в результате повреждения или недоразвития двигательных систем мозга, что нарушает контроль со стороны нервной системы за функциями мышц. Это имеет место на раннем, чаще внутриутробном, этапе развития. Выделяют различные формы ДЦП, в соответствии с возникшими двигательными расстройствами, обусловленными повреждениями определенных систем головного мозга. Тяжесть и распространенность поражения при детском церебральном параличе также различаются. В одних случаях может наблюдаться тяжелое поражение всех четырех конечностей. При этом руки могут поражаться сильнее или слабее, чем ноги, либо в той же степени.

Тонус мышц может быть значительно повышен (спастичность) и сочетаться со слабостью мышц (паретичность). Развитие двигательных функций и произвольные движения у таких детей существенно затруднены или невозможны. Повышение тонуса мышц чаще всего наблюдается в приводящих мышцах бедра, поэтому характерной позой ребенка в положении стоя является плотное приведение бедер и, часто, скрещивание голеней.

При более легкой степени расстройства могут преимущественно поражаться нижние конечности. У некоторых детей наблюдаются односторонние двигательные нарушения – гемипарезы.

Двигательные нарушения при детском церебральном параличе сочетаются с сенсорной недостаточностью и нарушениями доречевого, а в дальнейшем часто и речевого развития.

Нарушения артикуляционной моторики затрудняют процесс сосания и формирование голосовой активности. Крик у таких детей тихий, немодулированный с носовым оттенком, гуление часто не развивается или имеет крайне рудиментарный характер. Развитие моторных и сенсорных функций задержано, с задержкой формиру-

ются интегративные функции и прежде всего зрительно-моторная координация. Проявления детского церебрального паралича могут осложняться судорожным синдромом, дефектами зрения, слуха.

При подозрении на детский церебральный паралич ребенок должен быть обязательно проконсультирован детским невропатологом. В настоящее время убедительно доказано, что раннее выявление и раннее лечение детского церебрального паралича имеет очень важное значение для более успешного нервно-психического развития ребенка.

В развитых странах число детей, рождающихся с церебральным параличом, за последние 30–40 лет практически не менялось, но сейчас имеет место тенденция к росту; церебральный паралич обнаруживается по крайней мере у двоих новорожденных из тысячи.

Ребенок с детским церебральным параличом нуждается в комплексном клиничко-психолого-педагогическом и логопедическом обследовании с применением дополнительных параклинических методов диагностики. Из них наибольшее значение имеют:

- трансиллюминация черепа, которая проводится на первом году жизни для диагностики гидроцефалии, пороков развития мозга;
- исследование глазного дна;
- электрокорковая или стволомозговая аудиометрия (особенно при гиперкинетической форме церебрального паралича) для диагностики дефектов слуха;
- генетическое обследование;
- доплерография;
- методика когнитивных вызванных потенциалов;
- ЭЭГ.

Для оценки развития познавательной деятельности важное значение имеет комплексное обследование для выявления не только актуального, но и потенциального уровня психического развития ребенка.

Клиничко-педагогическое обследование включает:

- метод свободного наблюдения;
- констатирующий и обучающий эксперимент.

При анализе полученных данных учитываются результаты выполнения ребенком тех или иных заданий и способы их выполнения с тщательным анализом деятельности ребенка и учетом условий, способствующих выполнению задания. Задания предъявляются с учетом этапности развития основных психомоторных функций в нормальном онтогенезе.

Обследование проводится в виде увлекательной для ребенка игры. Характер игры должен соответствовать возможностям ребенка и вызывать у него интерес. Важное значение при обследовании имеет придание ребенку наиболее адекватной для него позы, в которой проявление гиперкинезов, спастичности, а также позотонических рефлексов было бы минимальным. При гиперкинетической форме церебрального паралича важное значение имеет применение специальных приспособлений для фиксации позы.

10.2. РЕБЕНОК С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В СЕМЬЕ

С появлением в семье ребенка с церебральным параличом родителям приходится привыкать к новой жизни.

Первый шок от известия, что ребенок родился больным, может быть не таким тяжелым, если это известие преподнесено правильно и сочувственно, лучше, чтобы оно было преподнесено врачом-психотерапевтом. Даже сейчас многие семьи, имеющие детей с ОВЗ, не получают необходимой им психотерапевтической помощи.

Важно, чтобы с самого начала оба родителя в полной мере взяли на себя ответственность и заботу о ребенке. Тяжелая ситуация может возникнуть от неравноправия, когда кто-то из родителей постоянно упрекает другого родителя за то, что тот мало времени уделяет малышу, или наоборот – когда всю ответственность берет на себя только один родитель. В идеале родители должны быть очень близкими людьми и поддерживать друг друга. Помните, что для ребенка с нарушениями, его братьев, сестер и родителей важнее всего на свете нормальная семья. Семья, где родители чрезмерно утомлены или слишком заботливы, может не выдержать чрезмерного напряжения и распасться.

Понятны смятение и растерянность родителей, когда они узнают о болезни малыша. Подобное потрясение может оказаться чрезвычайно сильным. Неспособность принять ситуацию может привести к отказу от ребенка. Приходит уныние, отчаяние, стремление к одиночеству. На данном этапе многие родители нуждаются в помощи психотерапевта. Однако, чем раньше родители сумеют овладеть своими чувствами, тем больше они помогут своему малышу. Ведь ребенку с нарушениями нужно то же, что и здоровому: чтобы его любили и принимали таким, какой он есть со всеми проблемами

и трудностями. И только тогда он войдет в мир уверенным в себе, доброжелательным и полезным обществу, именно таким, какой он есть – с двигательными нарушениями и, может быть, с нарушениями интеллекта и речи, с дефектами слуха и зрения, и будет социально адаптирован. Любому ребенку, а больному особенно нужна счастливая и полноценная семья, которая понимает и принимает его проблемы и трудности и помогает их преодолевать.

Маленькому ребенку с церебральным параличом необходим тесный физический контакт с матерью – это основа его дальнейшего развития.

Помогать семье и ребенку следует немедленно. В каждой семье родители беспокоятся за будущее ребенка. Это беспокойство может стать постоянным в семье ребенка с ДЦП.

Родители задают многочисленные вопросы специалистам, больше всего их мучают вопросы: «Будет ли малыш говорить?»; «Сможет ли он ходить?»; «Сможет ли он учиться?»; «Сможет ли он когда-нибудь жить самостоятельно?» и т. п.

Самая большая помощь для родителей – это научить их ухаживать за ребенком и развивать его психомоторные функции. Естественно, что помощь родителям дифференцируется в зависимости от нарушений, имеющих у ребенка, его возраста и степени выраженности как нарушенных, так и сохранных функций.

Длительный опыт работы с детьми с церебральным параличом показывает важность совместных усилий специалистов и родителей по преодолению и коррекции двигательных и психических нарушений.

Данными современной медицины доказана необходимость как можно более раннего начала лечебно-воспитательных мероприятий для детей с церебральным параличом, потому что именно в первые годы жизни мозг ребенка развивается наиболее интенсивно и является наиболее пластичным. Кроме того, именно на ранних этапах развития детей за счет автоматизации двигательных и речевых функций формируются двигательные и речевые стереотипы. Для правильного их формирования необходимо тесное взаимодействие специалистов и родителей.

Двигательные нарушения детей с церебральным параличом дифференцируются в зависимости от формы заболевания. Особую сложность для коррекционной работы в семье часто представляют дети с гиперкинетической формой заболевания. У этих детей имеют

место насильственные движения – гиперкинезы в сочетании с нарушением мышечного тонуса. Кроме того, у этих детей чаще, чем при других формах церебрального паралича, имеет место снижение слуха. Поэтому необходимо прежде всего обследование слуха с помощью электрокорковой аудиометрии.

Для этих детей необходим двигательный лечебный режим, который предусматривает частую смену поз путем различных игр, музыкальных занятий, прогулок. Даже при самых тяжелых случаях заболевания ребенок не должен постоянно находиться в постели; его следует выкладывать на маты, ковер, стимулировать у него ползание, перевороты и другую двигательную активность.

Если у ребенка насильственные движения очень сильные, необходимо кровать снабдить сеткой, покрытой мягкой материей, изготовить удобное кресло, которое должно быть устойчивым, иметь подставку для стоп, ремни для фиксации туловища и ног. Ребенку нужен столик для занятий, при необходимости – головодержатель.

Передвигающийся ребенок должен часто менять положение тела. Многие дети с гиперкинетической формой церебрального паралича, а также с другими формами нуждаются в ортопедическом лечении, а также в протезном снабжении. Все изделия (аппараты, ортопедическая обувь) должны изготавливаться только после устранения контрактур.

При развитии двигательных функций у ребенка с церебральным параличом необходимо, прежде всего, осуществлять контроль за положением головы и частей тела.

Для развития контроля за положением головы в течение дня (2–3 раза) полезно делать следующие упражнения.

Упражнение 1. Исходное положение (в дальнейшем – И. п.) на животе, голова на средней линии. В этом положении стимулируют приподнятие головы и верхнего плечевого пояса с опорой на кисти рук. Облегчающий прием – валик под грудь.

Упражнение 2. Укрепление мышц спины. В положении на животе проводится массаж спины с пассивным сведением лопаток, отведением рук в стороны с одновременным их потряхиванием.

На следующем этапе коррекционной работы, когда ребенок удерживает голову, развивают выпрямление туловища, повороты со спины на живот, формируют функцию сидения, опорность ног и рук, стимулируют захват предметов, развивают зрительно-моторную координацию и равновесие.

Важное значение имеет развитие поворотов туловища с использованием следующего упражнения: ребенок лежит на спине, руки выпрямлены вдоль туловища, ноги разогнуты. Взрослый находится у изголовья ребенка; одна его рука находится на подбородке, а другая на затылке ребенка. Взрослый помогает ребенку опустить голову вперед и одновременно повернуть ее в сторону.

Для того чтобы сформировать дифференцированные движения в верхней и нижней половине туловища, постепенно следует усложнять это упражнение: при повороте головы вытягивается рука на одноименной с поворотом стороне, и поворот начинается с перекреста и поворота ног.

Далее необходимо развивать опорность рук и ног, следить за осанкой и положением головы, проводить специальные упражнения по развитию и координации равновесия.

Развитие опорности рук и ног из горизонтального положения

Упражнение: ребенок лежит на спине, голова по средней линии.

Взрослый захватывает верхнюю часть бедра и плеча ребенка и медленно поднимает ее, затем наклоняет вниз, стимулируя опору на наклоненную вниз руку и ногу. При этом учитывается три этапа развития функции:

1. Рука и нога несколько согнуты, реакция опоры и пронация рук не выражены.

2. Приближающаяся к опоре рука принимает пронаторную установку и некоторую опорность, нога остается согнутой.

3. Уверенная опора на разогнутую руку и ногу.

Упражнения для ног

1. И. п.: встать, ступни параллельно, руки на поясе. Поочередно поднимать правую и левую ноги, согнутые в коленях, опускать их («лошадки»).

2. И. п. то же. Руки вниз, присесть на корточки («стали маленькими»), встать, выпрямиться.

3. И. п. то же. В руках флажки. Присесть, постучать палочками флажков об пол, встать, выпрямиться.

Упражнения для туловища

1. И. п.: встать прямо, руки вниз. Поднять руки вверх, потянуться, присесть, руками обхватить колени, спрятать голову, встать, выпрямиться («большие – маленькие»).

2. И. п.: сесть на полу, опираясь руками сзади, ноги вытянуты. Подтянуть ноги к себе, сложить их «калачиком», вытянуть ноги. Многие дети выполняют это упражнение с помощью взрослого.

Для развития равновесия и координации движений полезно использовать различные игры – упражнения, например, «перешагни через палку». На полу посередине комнаты параллельно друг другу на расстоянии около 1 м лежат две палки, в углу комнаты стул, на него кладется флажок. Ребенок стоит в двух шагах от палок, лицом к ним. По указанию взрослого он идет до первой палки, перешагивает через нее, затем через вторую палку, идет к стулу, берет флажок, поднимает его вверх и машет им. Помахав, кладет флажок на стул и, отойдя в сторону, возвращается на свое место.

Ребенка также учат подниматься на невысокие предметы и спускаться с них.

Полезны также следующие упражнения.

Упражнение 1. Ребенок стоит на коленях, руки вытянуты вдоль туловища, слегка отведены и повернуты наружу. Ребенок переносит вес тела с одного колена на другое. При этом он должен не садиться на пятки, и руки его не должны касаться пола. Для некоторых детей может потребоваться помощь родителя в виде поддержки ребенка за локтевой сустав на той стороне, на которую перенесен вес тела; эту руку взрослый поднимает вверх для облегчения выпрямления туловища с этой стороны.

Упражнение 2. Ребенок сидит на полу, без опоры рук. Чтобы избежать опоры на руки, ему можно дать игрушку. Поднимая стопы от пола и легко сгибая ноги, ребенок должен сохранять исходную позу и не падать назад. Взрослый следит, чтобы ноги ребенка были отведены и повернуты наружу.

Важное значение имеют специальные упражнения по активизации манипулятивной деятельности и развитию кинестетических ощущений в пальцах рук. С этой целью используются различные игры с руками ребенка: «ладушки», «сорока-белобока» и др. Ребенка постоянно стимулируют брать игрушки, перекладывать их из руки в руку, складывать мозаику, пазлы и т. п.

Важное значение имеет развитие оптической реакции рук с использованием следующего упражнения: взрослый держит ребенка на руках и медленно опускает его вниз; ребенок должен выбросить руки вперед для того, чтобы удержать туловище и не стукнуться головой.

Для развития движений используют также следующий комплекс.

Упражнение 1. И. п.: стоя, руки вниз. Вытянуть руки вперед, сделать хлопок перед собой, опустить вниз. Повторить 3–4 раза. Следить, чтобы в хлопке равномерно участвовали обе руки.

Упражнение 2. И. п. то же. Размахивать руками вперед-назад («маятник»).

Упражнение 3. И. п. то же. Встать, руки перед грудью согнуть в локтях, пальцы сжаты в кулаки. Делать круговые движения руками перед грудью (одна рука вращается вокруг другой), развести руки в стороны, опустить вниз («заводим мотор»).

Упражнение 4. И. п.: встать, ступни параллельны, руки вниз, в одной руке флажок. Поднять флажок вверх, помахать им, посмотреть на него, опустить вниз; взять флажок в другую руку, повторить то же самое.

Упражнение 5. И. п. то же. Поднять флажок вверх, помахать им, поднять другую руку, переложить флажок над головой из одной руки в другую, опустить руки вниз.

Упражнение 6. И. п.: встать, ступни параллельно, руки вниз, в руках флажки. Поднять руки вперед-вверх, помахать флажками, опустить.

Упражнение 7. И. п.: сесть на стул, в руках флажки. Поднять флажки вверх, помахать ими, посмотреть на них, опустить флажки.

Упражнение 8. И. п.: встать, ступни параллельно, держать мяч внизу двумя руками. Поднять мяч вверх, хорошо потянуться, опустить его.

Упражнение 9. И. п.: встать на колени, держать мяч двумя руками. Поднять мяч вверх, прогнуться, посмотреть на него, опустить.

Более подробно эти вопросы изложены в книге Е. М. Мастюковой «Физическое воспитание детей с детским церебральным параличом». М., 1991.

Наряду с проведением специальных упражнений важно помнить о соблюдении общего двигательного режима.

Общий двигательный режим. Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 минут оставаться в одной и той же позе. Для каждого ребенка индивидуально подбираются наиболее адекватные позы для одевания, кормления, купания, игры и т. д. Эти позы видоизменяются по мере развития двигательных возможностей ребенка. Взрослые должны следить за тем, чтобы он не сидел в течение длительного времени с опущенной головой, согнутой спиной и согнутыми ногами. Это приводит к формированию стойкой неправильной позы, способствует укорочению задних мышц бедра и может привести к развитию сгибательных контрактур коленных и тазобедренных суставов. Чтобы

этого избежать, ребенка следует сажать на стул так, чтобы ноги его были разогнуты, стопы стояли на опоре, а не свисали, голова и спина были выпрямлены. Полезно в течение дня ребенка несколько раз укладывать на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины и ног. Если это положение для ребенка трудное, под грудь ему подкладывают небольшой валик.

Если у ребенка в положении на спине резко выражена разгибательная поза (голова откинута назад, руки и ноги разогнуты и напряжены), полезно в течение дня по нескольку раз делать следующие упражнения на расслабление: ребенок помещается в «позу Бобата» – положение на спине, голова опущена, руки сплетены на груди. Ноги полностью согнуты. Ребенка плавно покачивают в медленном темпе в переднезаднем направлении и в стороны.

Для развития предпосылок произвольных движений у детей первых лет жизни крайне важным является использование специальных приспособлений. При подборе вспомогательного средства передвижения надо учитывать следующее:

- оно должно расширять возможности ребенка самостоятельно и безопасно исследовать окружающее, приобретать навыки гигиены и самообслуживания;
- оно должно способствовать увеличению независимости ребенка.

Известно, что ребенка с церебральным параличом значительно дольше, чем здорового, носят на руках. При этом чрезвычайно важно поддерживать его правильно и уменьшать свою помощь при любой возможности. Это позволит ребенку постепенно научиться управлять своим телом, сохранять и восстанавливать равновесие, наблюдать свое окружение и взаимодействовать с окружающим миром. Следует иметь в виду, что способы ношения будут изменяться в зависимости от формы детского церебрального паралича и возраста ребенка.

Ребенка дома можно носить следующим образом: мама держит его спиной к себе, ноги малыша согнуты и развернуты наружу. Мама фиксирует его плечи своими предплечьями, не давая малышу их опустить. Удерживая его бедра согнутыми, она прижимает его таз к себе, и туловище малыша смещается вперед. Такой способ стимулирует ребенка поднимать голову и выпрямлять спину. Можно держать ребенка на своем бедре, согнув его ноги в тазобедренных суставах.

Важное значение имеет развитие присаживания. При этом могут возникать большие трудности в связи с преобладанием тонуса разгибателей, поэтому следует сначала повернуть его на бок, положить свою ладонь ему на грудь, одновременно направляя его голову и плечи вперед. После этого согнуть и развести бедра станет гораздо легче.

Поза маленьких детей с повышенным тонусом сгибателей такова: подбородок наклонен вперед, плечи повернуты внутрь, руки согнуты и могут быть сжаты в кулаки, бедра и голени повернуты внутрь и частично разогнуты.

Дома можно носить ребенка на боку – он лежит на боку, а взрослый прижимает его к себе. В этом положении мать удерживает спину малыша прямой и не дает ему опустить руки вниз и согнуть их. Одновременно взрослый держит его ноги разогнутыми и повернутыми наружу.

Если у ребенка низкий мышечный тонус, то, прежде всего, необходимо стабилизировать тазовый и, при необходимости, плечевой пояс, это позволит малышу приподнять голову и плечи, вытянуть руки вперед, выпрямить спину. Такая поза поможет ребенку общаться со взрослым и взаимодействовать со своим окружением.

Когда ребенка держат на руках, он не должен быть пассивным. Чтобы ребенок мог активно участвовать в этом процессе, надо помочь ему сдерживать произвольные движения и преодолевать нарушенный мышечный тонус. Пока ребенок не научился сидеть прямо или с наклоном туловища вперед и опорой на руки, его можно сажать в обычное детское сидение. Если напряжение подколенных мышц не дает ребенку сидеть и он заваливается на спину, в этом случае поможет наклонная подушка, которая поддерживает согнутыми в тазобедренных суставах ноги. Благодаря этому туловище наклоняется вперед, в то время как спина не согнута, а выпрямлена, потому что обеспечена хорошая опора для бедер.

Режим дня. Чтобы помочь ребенку, необходимо, прежде всего, правильно организовать его режим дня. У детей с церебральным параличом в первые годы жизни часто имеет место недостаточная сформированность биологических ритмов сна и бодрствования – ребенок может быть сонлив днем и активно бодрствовать ночью. Это неблагоприятно влияет на его психическое развитие, затрудняет проведение коррекционно-восстановительных мероприятий.

Постепенно приучая ребенка к определенному распорядку дня, взрослые нормализуют его биологические ритмы, что имеет большое значение для слаженного функционирования всех органов и систем.

Родителям следует знать, что в первые два месяца жизни ребенок с церебральным параличом должен спать не менее 20 ч в сутки; в возрасте от 2 до 5 месяцев сон должен занимать 17–18 ч в сутки; в 5–7 месяцев – 15–16 ч; в 7–10 месяцев – 14–15 ч; от 10 месяцев до 3–4 лет – 12–14 ч в сутки.

Родителям следует помнить о больших индивидуальных различиях в работоспособности центральной нервной системы детей. Поэтому иногда, особенно при тяжелых формах заболевания, осложненных общей физической ослабленностью, гидроцефалией, эпилептическими припадками, общая продолжительность сна может увеличиваться. В этих случаях решение вопроса о продолжительности сна следует принимать вместе с врачом.

10.3. ВОСПИТАНИЕ И УХОД ЗА РЕБЕНКОМ С ДЦП В СЕМЬЕ

Кормление ребенка с церебральным параличом. Многие дети с церебральным параличом испытывают трудности при приеме пищи. Эти трудности могут наблюдаться уже в младенчестве, когда малыш плохо сосет. Они сохраняются и в более позднем возрасте, когда возникают проблемы с жеванием. К трем месяцам у здорового ребенка появляются новые условно-рефлекторные реакции, в образовании которых ведущая роль уже принадлежит зрительному и слуховому анализаторам. Так, у здорового ребенка в 3 месяца сосательный рефлекс возникает не только в ответ на вложенный в рот сосок или соску, но при виде груди матери или бутылки с молоком. В 4 месяца появляется новый пищевой сочетательный рефлекс на зрительный раздражитель: ребенок поворачивает голову к груди матери или к бутылочке с молоком, открывает рот и делает сосательные движения.

У детей с церебральным параличом указанные реакции выражены слабо, а нарушения моторики языка и губ проявляются все более отчетливо. Язык становится более толстым и менее подвижным, при крике он складывается «лодочкой» или упирается кончиком в твердое небо.

К 7–8 месяцам здоровые дети делают первые попытки жевать, к концу первого года жизни жевательные движения интенсивно развиваются. Ребенок с церебральным параличом длительное время затрудняется в жевании, кусании, проглатывании твердой пищи. Если у здорового ребенка слюноотделение явно выражено только в момент прорезывания зубов, то у детей с церебральным параличом – постоянно.

Здоровый ребенок первых месяцев жизни активно захватывает сосок или соску, и при попытке отнять ее ощущается отчетливое сопротивление. В процессе кормления ребенок подряд делает несколько энергичных сосательных движений, затем следует короткий перерыв, который сменяется сосанием. Здоровый ребенок при эффективном сосании необходимое количество молока высасывает за 10–15 минут. Молоко не выливается изо рта, сосание ритмичное, на каждые два сосательных движения приходится два глотательных.

Ребенок с церебральным параличом часто неплотно захватывает соску, вяло сосет, быстро утомляется, поперхивается, кричит при попытке присосаться, долго держит молоко во рту, нередко засыпает даже в начале кормления. У некоторых детей можно наблюдать чрезмерное мышечное напряжение, откидывание головы назад, что еще больше затрудняет процесс кормления. Правильное кормление ребенка с церебральным параличом имеет очень большое значение не только для его роста, физического развития и здоровья, но в дальнейшем и для звукопроизводительной стороны речи. Это связано с тем, что в ходе кормления формируются необходимые для произношения звуков движения языка, губ, нижней челюсти. Кроме того, при кормлении ребенка устанавливается тесный эмоционально-положительный контакт с матерью, что является необходимым условием нормального психического развития малыша.

Трудности, связанные с кормлением, вызывают волнение и беспокойство у матери, а сам процесс кормления становится крайне тяжелым для обоих. Это нарушает первую эмоциональную связь между ребенком и матерью. Чтобы сделать процесс кормления приятным, матери следует заранее собрать все необходимое, выбрать удобное место, расслабиться.

Специфические трудности при кормлении ребенка с церебральным параличом в первые месяцы жизни часто связаны с недостаточным развитием сосательного и глотательного рефлексов, со слабостью губной мускулатуры, с нарушением мышечного тонуса

в языке и ограничением его подвижности, с нарушением функции мягкого неба, а также с общими двигательными расстройствами.

Иногда может быть нарушено и глотание. Маленький ребенок проглатывает пищу двумя способами. Первый имеет место у грудного младенца, который питается молоком. Он сжимает сосок или соску деснами, молоко вытекает и течет по языку; когда оно достигает спинки языка и верхней части глотки, то быстро и автоматически сглатывается. Иногда, до того как ребенок проглотит молоко, несколько капель или струек вытекают изо рта обратно, но в целом весь процесс происходит автоматически. Язык все это время остается по средней линии и не двигается. Когда ребенок получает прикорм, он начинает жевать и продвигать пищу языком. На данном этапе проявляется и второй, более сложный вид глотания: язык собирает пищу в комок, который продвигается в глубь рта и затем проглатывается. Очень часто движения языком и произвольные жевательные движения при церебральном параличе крайне затруднены, поэтому ребенок вместо нового способа глотания продолжает сглатывать пищу примитивным младенческим способом, по типу «сосание – сглатывание».

Нарушение глотания у детей с церебральным параличом может быть связано не только с продвижением пищевого комка во рту, но и с несогласованностью глотания и закрытием гортани. У здорового ребенка гортань, через которую воздух проходит к легким, во время глотания автоматически закрывается, пища или жидкость проходят через глотку в пищевод и затем в желудок.

При церебральном параличе глотание и закрытие гортани могут быть не скоординированы, и тогда пища или жидкость попадают в легкие – возникает так называемая аспирация. Это опасно в связи с тем, что вместе с пищей в легкие попадают бактерии, и у ребенка могут часто возникать инфекции бронхов и легких.

Когда пища, наконец, оказывается в желудке, может возникать новая проблема – срыгивание, которое выглядит как небольшая рвота. Срыгивание является нормальным явлением для грудничков; при сокращении желудка пища вместо того, чтобы проходить в кишечник, выбрасывается назад, в пищевод.

Обычно нормальное продвижение пищи вскоре налаживается, однако у детей с церебральным параличом срыгивание может сохраняться длительное время и еще больше затруднять их кормление. Частые срыгивания могут приводить к воспалению пищевода

из-за кислотного содержания желудка, и возникающий при этом болевой синдром может вызвать у ребенка отказ от еды. Как помочь ребенку в преодолении указанных нарушений?

Коррекция сосательных движений. Если у ребенка первых месяцев жизни (1–3 месяца) сосательный рефлекс ослаблен, то перед кормлением полезно ваточкой, смоченной в теплом молоке, нежно погладить уголки рта ребенка, похлопать по середине его верхней губы, активизируя тем самым врожденные безусловные рефлексы, способствующие захвату соска или соски. В случае если ребенок не может плотно сомкнуть губы при захвате соска или соски, необходимо придержать его губы, иногда только с одной, более слабой стороны, откуда вытекает молоко.

Некоторые дети с церебральным параличом не могут произвольно закрыть рот или делают это с чрезмерным усилием и при этом прикусывают сосок. Следовательно, взрослому необходимо регулировать движение закрывания рта, а затем учить ребенка делать это самостоятельно. С целью усиления ощущения ребенком своих губ взрослый производит поглаживающие движения внутренней поверхности губ, легкие равномерные удары концом указательного пальца по направлению от щек, подбородка и носа к губам.

Если ребенок с церебральным параличом быстро устает при сосании – он нуждается в перерывах, во время которых мать нежно поглаживает внутреннюю поверхность губ и щеки ребенка. Для некоторых детей со слабыми сосательными движениями необходимы более частые кормления. Иногда ребенок с церебральным параличом, только начав сосать, устает и засыпает, но вскоре начинает беспокоиться по причине голода. В этом случае следует сделать промежутки между кормлениями более короткими. Некоторые слишком возбудимые дети перед кормлением заглатывают воздух, что вызывает у них чувство распирания в животе, крик в начале сосания и беспокойство. Для выпуска воздуха ребенка надо положить на плечи взрослого, поддерживая голову за подбородок, и слегка похлопать его по плечу. В ряде случаев так необходимо делать и после кормления.

Если малыш очень плотно сжимает губы, то для расслабления губной мускулатуры полезными могут быть специальные упражнения. Мать кладет свои указательные пальцы на точки, расположенные между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон, производит движения к средней линии так, чтобы верхняя

губа собиралась в вертикальную складку. Такие упражнения проделываются и с нижней губой, затем с обеими губами.

В особых случаях ребенка не удастся накормить естественным путем. В таком случае помочь можно двумя способами: один из них – питание по трубке, которую обычно вводят через нос в пищевод и по нему в желудок (назогастральный зонд). В настоящее время считается, что кормление искусственным способом лучше проводить через гастростому – маленькое отверстие на передней брюшной стенке. Как только становится возможным нормальное кормление, гастростому закрывают.

Ранняя логопедическая работа с малышом, страдающим церебральным параличом, облегчает трудности кормления.

Очень важно, чтобы малыш ел в правильной позе. Голова должна быть чуть наклонена вперед так, как обычно держат ее здоровые дети и взрослые, когда едят ложкой. При этом малыш должен сидеть ровно. Если он не может жевать, очень важно правильно подобрать для него консистенцию пищи. Если ребенок захлебывается, питье можно сделать более густым. Очень важно, чтобы ребенок получал достаточно калорий, то есть энергии, необходимой для роста и развития.

Одной из возможных проблем, возникающих при воспитании ребенка, могут быть запоры; чтобы расстройства стула не приобрели постоянный характер, ребенку следует много пить, употреблять с пищей продукты, богатые клетчаткой.

Слюнотечение. Ребенок с церебральным параличом не может контролировать слюнотечение, так как ему трудно держать губы сомкнутыми и регулярно сглатывать слюну.

Дополнительные осложняющие нарушения при детском церебральном параличе. Известно, что двигательные расстройства при детском церебральном параличе привлекают основное внимание родителей и специалистов.

Пытаясь излечить наиболее видимое проявление болезни, нельзя упускать из виду и другие нарушения, затрудняющие адаптацию этих детей к жизни.

Уже с первых месяцев жизни у детей с церебральным параличом могут отмечаться стойкие или пароксизмальные вегетативно-сосудистые и соматические нарушения: постоянные запоры, резкое снижение аппетита, повышенная жажда, периодическое повышение температуры без каких-либо соматических заболеваний, усиленная

потливость, сосудистые спазмы при малейшем охлаждении, похолодание конечностей и другие расстройства.

Многие дети с церебральным параличом склонны испытывать всевозможные страхи. Страх может возникать при тактильных раздражениях (например, при массаже, при изменении положения тела и особенно при изменении окружающей обстановки). У некоторых детей отмечается страх высоты, закрытых дверей, темноты, новых предметов.

В момент возникновения страха резко меняется общее состояние ребенка: учащается пульс, нарушается дыхание, повышается мышечный тонус, появляется потливость, усиливаются насильственные движения, повышается температура, усиливается бледность кожных покровов.

У многих детей наблюдаются стойкие нарушения сна: изменяется ритм сна, он поверхностен, ребенок с трудом засыпает, у него появляются ночные страхи.

В первые месяцы жизни дети с церебральным параличом испытывают трудности сосания, глотания, у них чаще, чем у здоровых детей, бывают срыгивания и рвоты. Все эти нарушения ослабляют организм ребенка, а потому он чаще болеет простудными заболеваниями и по физическому развитию отстает от своих сверстников.

Уже с первого месяца жизни у больного младенца нарушено активное коммуникативно-познавательное поведение, имеющее важное значение в развитии всей психической деятельности ребенка.

Ребенок с церебральным параличом в силу двигательных нарушений часто не может произвольно повернуть голову, перевести взор на тот или иной предмет, приблизиться и захватить интересующий его предмет, у него нарушено развитие голосовых реакций, недостаточная их выразительность, что затрудняет формирование первых коммуникативных реакций и активного целенаправленного поведения.

Обучение ребенка с церебральным параличом игровой деятельности. Важность игры для развития ребенка хорошо известна, но даже сейчас родители не всегда знают, как надо играть с ребенком. Игра – увлекательное освоение окружающего мира. Суть игры – это удовольствие как для ребенка, так и для родителей. Если взрослый может увлечь и обрадовать ребенка – он будет и играть и учиться. Вначале больше всего радости малышу приносят игры с простым физическим контактом: взрослый обнимает его, щекочет,

гладит, целует, трется носом о его носик. Ребенку нравятся и «зрительные» игры: взрослый то приближает, то отстраняет свое лицо от его личика. Ребенок любит и «звуковые» игры: взрослый напевает, свистит, щелкает языком, пыхтит. Затем постепенно переходят к более структурированным играм. Важно, чтобы играла не только мама, но и папа. Игры с папой обычно более энергичны, у него низкий голос, другой взгляд, ребенок радуется, когда папа подбрасывает его в воздух. Эти игры возбуждают и радуют ребенка.

Игра занимает важное место в жизни ребенка раннего возраста, она оказывает влияние на весь ход его развития, в том числе способствует формированию движений и развитию речи. Известно, что у детей с церебральным параличом в силу двигательных расстройств обычно не развивается в должной мере игровая деятельность, что обусловлено двигательными и речевыми расстройствами. Специальными исследованиями показано, что обучение ребенка дидактическим, подвижным, ролевым, строительным и другим видам игр с учетом двигательных и речевых особенностей нарушений имеет важное значение для развития ребенка. На начальном этапе обучения ребенка игре взрослый обучает его подражанию, формирует интерес к игре, развивает активность и умение играть с партнером. Постепенно ребенка учат сопровождать игру речью. Вначале у ребенка преобладают одиночные игры «рядом». Некоторые дети самостоятельно вообще не начинают играть. При попытке взрослого подключить их к играм других детей они продолжают оставаться наблюдателями или начинают фиксировать действия играющих. Такие дети нуждаются в целенаправленном обучении игре с показом игровых действий, с постепенным введением игровой ситуации. Некоторые дети только называют все игровые действия, но практически их не осуществляют. Многие дети нуждаются в обучении их игровой деятельности, особенно дети с церебральным параличом.

Среди всех видов игр максимальное развитие движений происходит в подвижных играх, в частности, в играх с разнообразными игрушками (мячами, например). Действия ребенка в этих играх определяются его физическими возможностями. Для ребенка с церебральным параличом необходимо создать серию игр с разнообразными игрушками и мелким строительным материалом, так как это способствует обогащению его двигательного опыта. Родителям следует подбирать игрушки в соответствии с двигательными возможностями малыша и задачами по развитию движений. В боль-

шинстве случаев подбор игрового материала сочетается с обучением ребенка способам обращения с ним.

Оказывают положительное влияние подвижные игры, в которых ребенок выполняет те или иные доступные для него действия, например: добежать (или дойти) до определенного места и взять какой-нибудь предмет (флажок, шар, игрушку), определенное число раз поймать и бросить мяч взрослому, докатить обруч до конца комнаты. Двигательные задачи представляются в виде правил игры. Родители могут придумать содержание игры, видоизменяя его в зависимости от поставленной задачи по развитию моторики и индивидуальных возможностей ребенка. В этих играх можно повторять движения несколько раз, то есть закреплять двигательные навыки и умения. Эти игры могут быть названы играми-упражнениями.

К таким играм ребенка с церебральным параличом необходимо специально готовить. Освоив игру, ребенок может играть самостоятельно или по заданию взрослого. У ребенка с церебральным параличом собственная активность и инициатива в дошкольном возрасте еще слишком мала.

Более сложным видом подвижных игр являются игры с определенным сюжетом и твердо установленными правилами. Эти игры требуют от ребенка умения согласовывать свои действия с действиями партнера (взрослого или здорового брата или сестры). Они имеют важное значение не только в развитии моторики, но и в регуляции поведения.

Самообслуживание у ребенка с ДЦП. При развитии самообслуживания полезно использовать те же принципы, что и в игре. Важнейшее значение имеет развитие у ребенка стремления действовать самому. Для этого потребуется терпение и время. Не следует надолго оставлять ребенка с его трудностями, так как неудачи могут отбить у него желание действовать. Ребенку надо показать, что и как он должен сделать. Затем с помощью взрослого он выполняет необходимые действия, постепенно взрослому следует ослаблять свою помощь, особенно в самом конце задания. Желательно, чтобы ребенок доводил начатое до конца самостоятельно. Например, если вы учите ребенка есть ложкой, он должен держать ее сам, а взрослый только придерживает его руку уже тогда, когда ложка находится почти у самых губ. Так ребенку проще понять, что он должен сделать сам, и намного легче завершить уже начатое действие.

Перед кормлением нужно показать ребенку грудь или бутылочку, побуждая его открыть ротик, когда сосок или соска коснется его губ. Следует постоянно учить ребенка помогать самому себе.

Начинать обучать ребенка надо понемногу, как только взрослый замечает, что он заскучал, занятие следует прекратить. Последовательность, которая требуется от родителей, состоит в том, что и мать, и отец должны всегда одинаково и твердо осуждать тот или иной поступок. Следует особо подчеркнуть, что самым эффективным путем воспитания является не осуждение, а поощрение.

Упрямство в виде пассивного протеста можно преодолеть разными путями. Имейте в виду, что проблемы и с едой, и с горшком могут быть проявлением детского негативизма, часто это связано с отказом подчинению слишком требовательным родителям.

Важно при воспитании детей с ДЦП использовать различные методики, способствующие укреплению ЦНС и развитию движений.

Иппотерапия. Цель иппотерапии заключается в использовании лошади и ее движений с лечебной целью. Ребенку на лошади благодаря ее движениям легче научиться сохранять симметричную позу, контролировать положение головы и туловища, сохранять равновесие в положении сидя. Иппотерапия способствует развитию подвижности и координированной работе мышц, в том числе координации глаз – рука, улучшает мышечный тонус, увеличивает объем движений в суставах и улучшает походку.

Лошадь и все снаряжение выбираются в соответствии с потребностями конкретного ребенка. Каждый ребенок занимается индивидуально, занятия должен проводить только дипломированный инструктор верховой езды, кроме того, ребенку должен помогать специалист по трудотерапии.

Положение ребенка на лошади:

- лежа на спине лошади, ребенок расслабляет руки и ноги, тренирует контроль за положением головы и туловища;
- сидя на лошади задом наперед, ребенок опирается ладонями на круп лошади и таким путем тренируется в переносе веса тела;
- лежа на спине на крупе лошади, ребенок развивает движения в позвоночнике и в плечевом поясе.

Для лечебной верховой езды детей включают в маленькую группу, обычно не более четырех человек. Программа занятий подбирается дифференцированно для каждого ребенка с ДЦП.

Плавание. Если у ребенка нет никаких противопоказаний, то ему лучше всего начинать плавать с 9–12 месяцев, потому что в этом возрасте дети еще не боятся воды.

Для начала полезно заниматься в большой группе для мам и малышей в специальных лечебных бассейнах с температурой воды не ниже 30 °С, знакомить малыша с водой лучше всего маме.

Занятия с ребенком в воде:

- способствуют взаимодействию мамы и ребенка; позволяют обучить родителей специальным приемам поддержки ребенка; помогают ребенку сохранять симметричную позу;
- помогают контролировать положение тела и равновесие;
- улучшают его физическое состояние, помогают ребенку обрести уверенность в себе;
- способствуют его сенсомоторному развитию;
- тренируют умение управлять дыханием, что важно для подготовки речевого аппарата к воспроизведению звуков речи и общения.

При воспитании и обучении ребенка с детским церебральным параличом важно помнить, что особенности нарушений его развития обусловлены не только трудностями в выполнении различных движений, но и в слабости ощущений этих движений, в связи с чем у ребенка не формируется правильное представление о движении. Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причиной недостаточности активного осязания, в том числе и узнавания предметов на ощупь (стереогноза). Это, в свою очередь, препятствует формированию предметных действий, что отрицательно отражается на общем уровне психического развития ребенка. Для формирования предметно-практической и познавательной деятельности важное значение имеет согласованность движений руки и глаза.

Здоровый ребенок, двигая рукой в пределах поля зрения, вначале не обращает на нее внимания. Далее взгляд начинает следить за рукой, а затем и направлять движения руки. У детей с ДЦП в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаз согласование движения руки и глаза развиты недостаточно и ребенок не в состоянии следить глазами за своими движениями, что препятствует выработке навыков самообслуживания.

Одной из задач игровой деятельности детей с церебральным параличом является развитие кинестетических ощущений в руках.

Например, с помощью специальной игры «волшебный мешочек». В специальный матерчатый мешочек помещаются различные игрушки, которые можно хорошо ощупать: шарики, маленькие кубики, куколки и т. д. Ребенка просят взять какой-либо предмет или игрушку, опознать его путем ощупывания и назвать (если ребенок не владеет речью, то он должен выбрать этот предмет из нескольких расположенных перед ним). Развитие кинестетических ощущений имеет важное значение для развития ручной умелости, что имеет важное значение для развития речи.

10.4. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЦП. РАБОТА В ДОРЕЧЕВОМ ПЕРИОДЕ

На первом этапе в доречевом периоде стимулируют сосательный, хоботковый и поисковый рефлекс. Для этого соской касаются губ, языка, при кормлении помогают ребенку захватывать и удерживать сосок или соску, пассивно вытягивая их и придерживая его губы, особенно с ослабленной стороны, препятствуя тем самым вытеканию молока изо рта. Если ребенок находится на искусственном вскармливании, отверстие в соске постепенно уменьшают по мере того, как сосание и глотание становятся более энергичными. Нормализации процесса кормления способствует формирование положительных эмоциональных взаимоотношений между матерью и ребенком, развитию начального зрительного и слухового сосредоточения.

На втором этапе доречевого развития от стимуляции врожденных рефлексов переходят к формированию потребности в общении со взрослым, зрительной фиксации и прослеживанию за движущимся предметом, активизируют начальные голосовые реакции, делают массаж лица, артикуляционную и дыхательную гимнастику.

Стимуляция фиксации взгляда. Прежде всего, следует установить зрительный контакт с малышом. Как хорошо и долго он способен фиксировать взгляд и каким способом этого можно добиться, расскажет вам врач-окулист. Помните, что для малыша в первые месяцы жизни лицо матери – самый лучший и интересный стимул и универсальная игрушка. Сначала он рассматривает лицо в целом, потом задерживается на деталях. Позже он научится воспринимать выражение лица, а к 8 месяцам обнаружит, что с лицом можно играть и шутить. Как только ребенок научится без труда брать грудь

или бутылочку, лучшее время для установления с ним зрительного контакта – это время кормления. Как время кормления, так и время купания – лучшее время для установления контакта с малышом.

Слежение. Как только мама почувствует, что зрительный контакт установлен, она начинает учить ребенка следить за ней взглядом. Удачный способ заинтересовать ребенка – надеть на себя яркую одежду, бусы, серьги или другие украшения.

Для того чтобы ребенок, который лежит в кроватке, прислушался и проследил взглядом за предметом, можно использовать погремушку: слегка потрясти ею и дождаться, когда ребенок посмотрит на игрушку, а потом медленно водить ею из стороны в сторону.

Подобные занятия можно проводить, когда ребенок лежит на животике или у вас на коленях. А когда он научится сидеть, то, посадив его на колени, мама не дает ему откинуться назад, придерживая его руки, сложенные на груди. Чуть позже она будет удерживать его голову по средней линии, и он будет следить за предметом взглядом, не поворачивая головы. Рассматривая знакомые предметы, ребенок учится контролировать положение головы и туловища, сохранять позу.

Можно стимулировать развитие зрения и вне дома, на прогулке. При этом нужно следить, чтобы ребенок находился в правильной позе.

Игрушки, предлагаемые ребенку, должны стимулировать ребенка к поиску источника звука. Хорошо, если это звучащие и музыкальные игрушки, дающие ребенку зрительные и слуховые ощущения.

Необходимо научить ребенка воспринимать форму предметов, а затем манипулировать ими. Для начала следует поставить легкую задачу: взять предметы простых форм, которые надо вставить в соответствующие ячейки, например на доске Сегена.

Раннее знакомство с формой очень полезно. Если у ребенка нарушено внимание, во время занятий с ним следует уменьшить количество внешних раздражителей. Для занятия с ребенком нужно выбрать укромный уголок комнаты и убрать оттуда все отвлекающие предметы.

На третьем этапе у ребенка развивают зрительное и слуховое восприятие; стимулируют гуление, делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику. Занятия по активизации голосовых реакций начинают со стимуляции положительного эмоционального комплекса; затем взрослый молчаливо присутствует в поле зрения

ребенка, позже демонстрирует игрушки, заканчивая занятие эмоционально-речевым общением. Для индукции смеха и радостных ответных взглядов следует то наклоняться к лицу ребенка, то отдаляться, то приближаться вновь.

Взрослый повторяет один и тот же звук через определенные интервалы, побуждая ребенка прислушиваться. С появлением звуков гуления начинают игру «в перекличку»: взрослый отчетливо произносит знакомый ребенку звук, дожидаясь ответной голосовой реакции, если последняя задерживается, он вновь воспроизводит звук, стимулируя ребенка к подражанию. Полезно делать активные упражнения для губ: сблизжают их вместе, растягивают в сторону, побуждают ребенка тянуться губами к соске или соску матери. Эти упражнения служат подготовительным этапом для развития лепета.

На четвертом этапе продолжают массаж и артикуляционную гимнастику; наряду с упражнением для губ имитируют движение языка, жевание, подражательную звуковую активность. Формируют интонационное общение ребенка со взрослым, подражательную деятельность, артикуляционные уклады, а также начальное ситуационное понимание обращенной речи, пассивный и пассивно-активный словарь, побуждающую к действию функцию речи. Стимулируют лепет с помощью игр-перекличек. Для развития понимания и подражания движениям используют игры: «ладушки», «до свидания», «дай ручку» и др. При этом взрослый, произнося слова, вначале сам выполняет необходимые действия, затем сопровождает их действиями ребенка (берет его ладошки и хлопает), а далее побуждает его к самостоятельному выполнению движений.

Следует постоянно разговаривать с малышом, не следует заниматься с ним молча. Не следует пытаться заставить его повторять отдельные слова – дайте ему возможность слушать мелодию и ритм обычной речи, его родной язык. Если малыш издал звук, повторите его. Немного подождите и повторите вновь. Постепенно ребенок научится воспринимать ваш ответ и будет улыбаться, услышав его. Так он начнет играть звуками. Позже он начнет специально подражать им, так у него постепенно начнет развиваться лепет. Даже если у малыша из-за церебрального паралича имеются нарушения в речевом аппарате, ему важно понимать речь; естественный разговор ему понятнее отдельных, специально повторяемых слов.

Взрослый показывает и рассказывает, что нужно делать. Таким путем у ребенка накапливаются речевые впечатления и развивается

способность подражать речи окружающих. Не следует принуждать к речи и торопить с ответом детей, находящихся на начальных этапах речевого развития. Поощряя любые звуковые реакции, взрослые не должны повторять за ребенком аморфные слова, например «ми-мишка», «мо-молоко» и т. п. Ребенок должен слышать только правильное произношение слова и предложения. Логопедические занятия нельзя начинать с постановки звуков.

Необходимо, создав определенную артикуляционную базу (массаж, артикуляционная гимнастика и другие упражнения), стимулировать общение ребенка при помощи доступных ему звуковых сочетаний, аморфных слов – корней и слов – предложений. Поскольку период лепета у детей с церебральными параличами часто рудиментарен или отсутствует вовсе, для индукции звукоподражаний полезно использовать лепетные звуки и так называемую вокальную игру, которую целесообразно сопровождать определенным музыкальным ритмом. Это способствует мышечному расслаблению и координации дыхания, фонации и артикуляции.

На начальном этапе речевого развития особо важное значение имеет логопедическая работа, так как в первые годы жизни она дает наибольший эффект. Прежде всего ребенка учат умению манипулировать с предметами и игрушками, а затем играть, поскольку овладение действиями стимулирует и предвещает усвоение слов. Рекомендации по методике и приемам обучения каждого ребенка логопед и воспитатель должны получать у врача или методиста лечебной гимнастики, которые знают двигательные особенности ребенка. Перед проведением игровых занятий ребенку делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, затем активизируют внимание, восприятие ребенка и произнесение доступных ему звуков, звукосочетаний или простых слов.

Логопед показывает ребенку игрушки, выполняет определенные действия, сопровождая их словами и предложениями. Далее активизируют собственную игровую деятельность ребенка и речевую активность.

Детей обучают различным умениям и целесообразным действиям: надевать и снимать кольца с пирамиды, строить дома из кубиков, раскладывать предметы по цвету.

Малыш должен видеть только те предметы, которые нужны для занятия в данный момент. Это поможет ему сосредоточиться и лучше справиться с заданием.

Для развития слухового внимания следует проводить специальные игры: «Угадай, чей это голос?», «Откуда слышится звук?». Ребенок учит сосредоточивать свой взгляд на издающих те или иные звуки игрушках. Одновременно с взрослым он учится произносить звуки, слова, изменять голос по высоте и тембру, регулировать громкость голоса и темп речи.

В дошкольном возрасте стимуляция речевого развития направлена на расширение словаря и развитие грамматического строя речи. Ежедневно ребенка знакомят с новыми предметами, их словесными обозначениями, полученные представления закрепляют в процессе игровой деятельности. Занятия по развитию речи следует проводить поэтапно. В их основе лежит постепенное обучение составлению предложений. С ребенком постоянно разговаривают о том, что он видит и слышит в данный момент. Если он произносит слова неправильно, его не следует перебивать и поправлять. Взрослый повторяет эти слова несколько раз правильно и таким образом побуждает его к подражанию. Полезны специальные игры – занятия, во время которых взрослый просит ребенка называть предметы, действия и изображения на картинках. При всех этих занятиях необходима максимальная наглядность и совместная предметно-практическая и игровая деятельность матери и ребенка. Ребенка необходимо научить способам сенсорного обследования предметов, обязательно подключая дефектный двигательный-кинестетический анализатор, то есть ощупывание предметов и узнавание их на ощупь, особенно более поврежденной рукой. Одновременно вводите новые слова, обозначающие качества предметов. Для их освоения ребенка следует научить сравнивать предметы, противоположные по свойствам, например, тяжелый с легким, твердый с мягким, холодный с теплым и т. п.

Однако качества и свойства предметов только тогда приобретут для ребенка определенную значимость, когда они будут включены в практическую деятельность и игру. Для игры следует подобрать предметы, в которых вычленимые качества представлены наиболее ярко. Постоянно ребенка следует обучать операциям сравнения.

Занимаясь стимуляцией развития ребенка, психическое и речевое развитие не следует ускорять искусственно. Сказки, которые читают малышу, и задания, которые ему дают, должны соответствовать его индивидуальным и возрастным возможностям. В противном случае могут возникнуть различные отклонения, прежде всего, в виде заикания.

Если появились настораживающие признаки задержки речевого развития, а в более старшем возрасте ускоренный темп речи, нарушения речевого дыхания, необходимо проконсультироваться со специалистами.

Занятия логопеда с детьми с ДЦП в условиях «Лекотеки». В структурном подразделении «Лекотека» детского сада № 1221 занимаются с детьми в возрасте от 3 до 7 лет с различными нарушениями развития, занятия проводят педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог.

В логопедическую работу с детьми с детским церебральным параличом входит развитие мелкой моторики пальцев рук, данная работа входит и в программу сенсорного развития детей. Для развития мелкой моторики используются различные пальчиковые гимнастики, массаж рук, также детям предлагаются игры на собирание и перебирание мелких предметов и обязательно на каждом задании детям дают порисовать (раскраска, черкание, штриховка, свободный рисунок или рисунок по теме). Педагог выбирает задания для рисования в зависимости от двигательных возможностей детей, при необходимости педагог помогает детям выполнить упражнения. Если ребенок достаточно хорошо владеет руками и выполняет простые упражнения, то переходят к обучению ребенка правильно держать ручку (ребенку с ДЦП очень сложно освоить этот навык, для этого необходима обширная предварительная работа педагога). Ребенку предлагаются специальные насадки на ручки «Ручки-самоучки» для формирования правильного захвата ручки, детям сначала одевают насадку на карандаш, а уже потом переходят к использованию ее на ручке.

Развитие мелкой моторики пальцев рук проводится наряду с развитием крупной моторики, поэтому в занятия включаются логоритмические подвижные игры, игры с мячами, все игры проводятся обязательно с речевым или музыкальным сопровождением (педагог читает детям стихотворения или включает веселую музыку). Обычно эта работа проводится в середине занятия для переключения детей и настраивания их на дальнейшую умственную работу, все задания подбираются в зависимости от двигательных возможностей детей и формы детского церебрального паралича (часть детей, посещающих «Лекотеку», не могут ходить самостоятельно, с ними занятия проводят на специальных тренажерах и стульях, фиксирующих положения корпуса).

Особенно важна в логопедической работе в условиях структурных подразделений ДОО стимуляция познавательного развития детей, развития высших психических функций, так как у многих детей с ДЦП наблюдаются трудности в освоении окружающего мира и задержанное познавательное развитие. Задания на развитие внимания, памяти и мышления предлагаются на каждом занятии и подбираются в соответствии с лексической темой. Каждая лексическая тема изучается детьми на протяжении недели, педагог проводит 2–3 занятия по одной теме, одно занятие – ознакомительное, главной целью которого является обогащение пассивного и активного словаря детей, а второе и третье занятия – закрепляющие, главной целью которых является обучение рассказу по данной теме и формирование грамматического строя речи. Для более тщательного изучения всех лексических тем нами разработаны корректурные пробы по методике Б. Бурдона на различные темы, специально разработанные и адаптированные с учетом возрастных и психических особенностей детей таблицы на основе методики Шульте с картинками по изучаемым темам, авторские мнемотаблицы. Помимо этого при проведении занятий используются элементы театрализации (обыгрывание стихотворений, показывание сказок с помощью кукольного и настольного театра).

Логопедическая работа в условиях структурного подразделения «Лекотека» строится на взаимодействии педагога и родителей, педагог рассказывает им, как вести работу в домашних условиях, родители являются активными участниками коррекционного процесса, члены семьи воспитанников присутствуют на каждом занятии, учатся у логопеда выполнять артикуляционную и пальчиковую гимнастику и элементы логопедического массажа, также они при помощи педагогов учатся правильно подбирать игрушки и книги для своих детей, осваивают навыки правильного гармоничного взаимодействия со своим ребенком. После каждого занятия педагог уделяет не менее 5 минут для беседы с родителями, дает домашнее задание и объясняет задачи на ближайшее время обучения ребенка, говорит о перспективах его развития.

При проведении коррекционно-развивающей работы с детьми с детским церебральным параличом необходимо учитывать комплексный подход в коррекции нарушения, в учреждении каждого ребенка курируют не менее двух специалистов (педагог-психолог и учитель-логопед, учитель-дефектолог), каждый день они обсужда-

ют и согласуют свою работу, планируют индивидуальные занятия и ведут совместные комплексные игровые сеансы. Каждый педагог выстраивает свою работу в зависимости от индивидуальных особенностей детей, разрабатывает для него индивидуально-ориентированную программу и проводит свои занятия в соответствии с ней.

Лекотеки являются наиболее подходящим коррекционным учреждением для детей с ДЦП, так как данная группа детей очень гетерогенная, и педагогам сложно разработать единую программу обучения для всех детей, посещающих лекотеку, а в данном структурном подразделении у каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа, по которой он будет заниматься в течение всего времени (учитель-логопед С. С. Попова).

10.5. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Система помощи предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежат раннее выявление еще в родильном доме или детской поликлинике среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи.

В нашей стране имеется сеть специализированных учреждений Министерств здравоохранения, образования и социальной защиты. Это поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты) и различные реабилитационные учреждения, в том числе реабилитационные центры, лекотеки, службы ранней помощи и др. Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка в домашних условиях. В этих учреждениях осуществляется не только восстановительное лечение, но и предоставляется квалифицированная помощь специалистов – логопедов, дефектологов, психологов по коррекции нарушений.

Детей, родители которых по каким-либо причинам не могут обеспечить им лечение и воспитание в домашних условиях, государство берет под временную или постоянную опеку. Они

направляются в дома ребенка (Минздрав), а затем в интернаты Министерства социальной защиты.

Важным является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями.

В школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, ЗПР и умственной отсталостью в степени дебильности по адаптированной двенадцатилетней массовой или вспомогательной программе. Дети, не передвигающиеся и не обслуживающие себя самостоятельно, обучаются на дому по обычной, вспомогательной или индивидуальной программе. Дети с тяжелыми речевыми нарушениями обучаются в речевых школах. Некоторые дети с легкой умственной отсталостью обучаются в коррекционных школах VIII типа. Уже функционируют интеграционные (инклюзивные) программы воспитания и обучения детей с ДЦП раннего и дошкольного возраста и программы ранней помощи для этих детей.

Профориентация детей с церебральным параличом проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские: швейные, столярные, слесарные. Детей обучают делопроизводству, фотоделу, садоводству и другим специальностям.

После окончания школы подростки продолжают профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определенные льготы. Существует также сеть специализированных профтехучилищ Министерства социальной защиты.

Разрабатываются индивидуальные программы педагогической и психотерапевтической реабилитации для детей, подростков и взрослых с ДЦП. Особую роль в этих программах рекомендуется уделять механизмам психологической защиты. Программы образования для лиц с церебральным параличом основываются на создании многоуровневой системы непрерывного образования.

Создание системы профессионального образования инвалидов имеет важное значение в их реабилитации и социальной адаптации. Медико-социальная реабилитация является одним из эффективных путей профилактики утяжеления инвалидности у лиц с ДЦП.

В настоящее время разработаны и апробированы приемы и методы обучения студентов-инвалидов с ДЦП в специализированном высшем учебном заведении, в общей педагогической системе которого – коррекционное обучение, которое имеет важное психопрофилактическое воспитательное значение. Разрабатываются научно-методические проблемы высшего образования инвалидов в России, в том числе с ДЦП.

Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов строго следуют рекомендациям ВТЭК (врачебно-трудоустройственной экспертной комиссии). При сохранном интеллекте можно овладеть профессиями программиста, экономиста, бухгалтера, библиотекаря, переводчика и др.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Какую помощь может получить семья, воспитывающая ребенка с ДЦП, в условиях подразделений «Ранняя помощь», «Лекотека»?

2. Какое значение при ДЦП имеют нарушения мышечного тонуса, характеризующиеся непостоянством?

3. Как часто наблюдается смешанная форма ДЦП?

4. Что препятствует формированию предметно-практической и познавательной деятельности?

5. Как проводится коррекция сосательных движений у ребенка с церебральным параличом?

6. Как следует усадить ребенка с церебральным параличом при кормлении?

7. Какое питье из чашки рекомендуется давать ребенку на начальных этапах обучения?

8. Какова продолжительность сна ребенка с ДЦП (в сутки) от 4 до 7 лет?

9. В каком положении может спать ребенок при очень тяжелой степени ДЦП?

10. Какое положение препятствует фиксированной сгибательной установке туловища и бедер?

11. Кто проводит лечебную физкультуру с ребенком с ДЦП?

12. Что включает в себя сенсорное воспитание детей с ДЦП в семье?

13. Какие из упражнений полезны для развития у ребенка с ДЦП прослеживания и зрительной фиксации?

14. Какие игры используются для развития сенсорных способностей детей с ДЦП?

15. Какие игры-упражнения наиболее подходят для развития и закрепления понятий «большой – маленький»?

16. Какие задания использовались для развития тактильной чувствительности ребенка?

17. Какие пространственные представления необходимо формировать у детей с ДЦП?

18. В процессе каких видов деятельности формируются пространственные представления ребенка с ДЦП?

19. Какие функции имеют важное значение для развития речи у детей с церебральным параличом?

20. С чем связано нарушение зрительного воспитания у детей с ДЦП?

21. Где должна проводиться коррекционная работа с детьми с ДЦП?

22. Назовите основную задачу коррекционной работы на первом этапе доречевого периода.

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: контрольная работа, решение кроссвордов, демонстрация мультимедийных презентаций, конспект лекции.

Внеаудиторная форма: описание симптомов детского церебрального паралича, подготовка мультимедийной презентации по содержанию лекции.

ГЛАВА XI.

РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В СЕМЬЕ

11.1. ПРИЧИНЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Речь – сложная многоуровневая функциональная система, базирующаяся на совместной деятельности трех основных блоков мозга: энергетического, операционного и программирования.

Развитие речи тесно связано с формированием других психических процессов и, прежде всего, с восприятием (слуховым и зрительным), кинетическим и кинестетическим праксисом, памятью, пространственными представлениями, эмоционально-волевой сферой. Нарушения речи могут затрагивать разные ее аспекты – мотивационный (мутизм); программу высказывания (дисфазия развития), грамматическое структурирование текста и фразы (дисфазия развития), лексический запас (дисфазия развития), произношение и голос (дислалия, ринолалия), темп, плавность (заикание, брадилалия, тахилалия). Нередко может быть сочетание указанных нарушений. Нарушения речи могут быть одним из проявлений сложного дефекта или определяться им, например, отставание речевого развития у детей с ЗПР, при дефектах слуха, специфические артикуляционные и другие нарушения при ДЦП. Комплексные нарушения представленных речевых функций могут иметь место при дисфазии развития, при которой ведущим всегда будет системное речевое недоразвитие.

Различные неблагоприятные воздействия как во внутриутробном периоде, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут быть причиной различных речевых расстройств. Структура речевой недостаточности и процессы компенсации во многом определяются тем, когда произошло поражение центральной нервной системы. Особое место в этиологии речевых расстройств занимает так называемая перинатальная энцефалопатия – поражение мозга, возникшее под влиянием сочетания неблагоприятных факторов как во

внутриутробном периоде развития, так и в период родов и на первой неделе после рождения.

Речевые расстройства обычно являются следствием резидуально-органического поражения мозга. Его следует отличать от текущих нервно-психических заболеваний, которые также могут быть причиной речевых расстройств. Причиной также может быть недостаточная зрелость коры головного мозга, то есть задержанное созревание центральной нервной системы. Определенная роль в возникновении речевых нарушений принадлежит генетическим факторам. В этих случаях речевой дефект может возникнуть под влиянием даже незначительных неблагоприятных внешних условий. Возникновение обратимых форм речевых расстройств может быть связано с неблагоприятными условиями окружения и воспитания. Психическая депривация в период интенсивного формирования речи приводит к отставанию ее развития.

Основным условием, способствующим развитию речи, являются эмоциональные контакты ребенка с матерью. Они помогают ребенку выделить речь как основное средство общения, а привязанность к взрослому стимулирует стремление подражать ему. Чем теснее аффективные связи ребенка со взрослым, тем интенсивнее у него проявляется речевое подражание. К концу года малыш учится произносить первые слова. С их появлением начинается другая фаза в развитии ситуативно-эмоционального общения – речевая.

11.2. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ РЕЧИ

В основе всего вербального развития ребенка лежит коммуникативная функция речи. От своевременного появления этой функции зависит, как скоро ребенок овладеет высшими уровнями сознания, произвольностью поведения. Овладение речью как средством общения проходит три основных этапа.

На довербальном этапе ребенок не понимает речи окружающих, но здесь создаются условия, обеспечивающие речь в дальнейшем.

Избирательное внимание к речи окружающих начинает формироваться в 3–4 месяца жизни. Ребенок начинает узнавать голос матери (или близкого человека). Появляются первые активные попытки повторять отдельные элементы речи взрослых, разнообразнее становятся интонации, усложняются звуки, появляется гуление, по-

степенно малыш начинает повторять слоги, произнося целые монологи. Общась с взрослыми, ребенок знакомится с окружающим его миром. Постепенно формируется коммуникативная потребность: интерес к взрослому и эмоциональное отношение к нему. Ситуативно-личностная форма общения важна для дальнейшего развития ребенка.

На втором этапе развития ребенок начинает понимать простейшие высказывания взрослых и произносить первые слова, начинает овладевать разными способами общения с окружающими. Речь – необходимая основа для развития мышления, коммуникативного поведения. Речь ребенка, как правило, отражает социальную среду, в которой он растет.

Ребенок учится говорить, слушая речь взрослых, и повторяет то, что он услышал. Слушая ее ритм, интонацию, он постепенно начинает запоминать, в каких ситуациях употребляются те или иные слова и по аналогии начинает ими пользоваться в своей речи. Важно отметить, что ребенок не только повторяет слова, но и является творческим участником овладения языком. Он использует экспрессивно-мимические средства общения, которые отражают его эмоциональное состояние и служат для передачи позитивного и негативно-характера сообщения.

Третий этап – это начальный этап формирования фразовой речи. В качестве второй функции речи выступает обобщающая (речь как средство мышления). Коммуникативная и обобщающая функции речи формируются в тесном единстве. С помощью речи ребенок не только получает новую информацию, но и начинает ее усваивать. Мыслительные операции развиваются и совершенствуются в процессе овладения речью.

Речь также постепенно становится средством регуляции психических функций ребенка и его деятельности, эмоционально-волевых проявлений и произвольного поведения. Формирование регулирующей функции речи определяет возникновение у ребенка способности подчинять свои действия речевой инструкции взрослого и планировать их.

В норме регулирующая функция речи созревает к концу дошкольного возраста, что имеет большое значение для перехода ребенка к школьному обучению. Для нормального развития речи у ребенка необходимо нормальное созревание и функционирование центральной нервной системы.

11.3. ОЦЕНКА РЕЧЕВЫХ ТРУДНОСТЕЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Информация для родителей.

Первые элементы речевого развития возникают в период новорожденности и проявляются в виде реакций, неотделимых от жизненно важных физиологических функций. Начальным проявлением голосовых реакций является крик, который обычно неотделим от жизненно важных физиологических функций ребенка. Если новорожденный и ребенок первых месяцев жизни не кричит, даже когда он очень голоден, когда у него имеется задержка стула или когда он мокрый и лежит долго в мокрых пеленках, если его не удастся разбудить, это может иметь место при выраженной общей заторможенности, апатии. Состояния заторможенности, апатии в период новорожденности характерны для глубоко недоношенных, незрелых детей. В некоторых случаях это может указывать на задержку психомоторного развития. У гипертонического ребенка часто бывает трудно вызвать положительные эмоции, он часто кричит. Повышенная возбудимость характерна для детей с повышенным внутричерепным давлением. Период новорожденности условно относят к периоду доречевого развития, во время которого ребенок произносит звуки, называемые «голосовыми реакциями», к которым относят также кашель, чихание, звуки при сосании, зевании. При мышечной слабости артикуляционной и дыхательной мускулатуры крик ребенка короткий, слабый, высокого тона, часто только по мимическим реакциям можно догадаться, что ребенок плачет. При крике может отсутствовать преобладание второй фазы, иногда изменяются и сами звуки, произносимые при крике.

У ребенка со слабостью дыхательной мускулатуры также ослаблен или отсутствует кашлевой толчок, ребенок слабо чихает, не произносит гортанных звуков. Порог слухового восприятия в период новорожденности достаточно высок, что следует учитывать при диагностике. Реакции на общение с взрослым начинают возникать в 2–3 месяца. Оценка эмоциональных голосовых реакций и комплекса оживления имеет важное диагностическое значение. Своевременное появление и достаточная выраженность комплекса оживления указывают на хорошее нервно-психическое развитие. К концу второго месяца жизни слуховые реакции приобрета-

ют доминантный характер, ребенок активно реагирует на звуковые стимуляции. Отсутствие или слабость слуховых реакций обычно обусловлены снижением слуха. Считается, что второе полугодие жизни является качественно новым этапом психического развития ребенка. Во втором полугодии малыш начинает сопровождать свои действия лепетом, состоящим из повторяемых слов, а к концу года появляется лепетная речь, лепетное говорение – целые тирады, интонационно оформленные как речевые высказывания, но состоящие из лепетных слов.

После того как ребенок преодолел ориентировочную реакцию и вступил в игровой контакт со взрослым, в ответ на разговор с ним он начинает произносить цепочки слогов («ба-ба-ба», «ма-ма-ма» и т. п.). Если взрослый подхватывает произносимые ребенком цепочки слогов, начинает отвечать ему тем же, голосовая активность ребенка усиливается, появляется радостное оживление, ребенок начинает фиксировать взгляд на артикуляции взрослого и старается подражать и ему и самому себе. Таким путем у ребенка развивается лепет. Время закономерного появления лепета 6–7 месяцев, к 9 месяцам он расцветает, обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое общение взрослого, ребенок начинает демонстрировать истинное ситуационное понимание обращенной речи, отвечая действием на словесную инструкцию: например, поднимает голову и глаза к лампе на неоднократно ранее повторяемый вопрос «где огонек? », прижимается щекой к матери на инструкцию «поцелуй маму» и т. п. Понимание ситуации и стремление к подражанию позволяет 9-месячному ребенку обучиться игре «в ладошки», искать спрятанную у него на глазах игрушку.

Начиная с 9 месяцев дети с нормальным слухом и интеллектом адекватно реагируют на обращение, речь, ее интонацию, откликаются на свое имя, отвечают действием на некоторые привычные просьбы типа: «дай ручку», «открой рот», «иди к маме» и др. К концу этого периода при слове «нельзя» большинство детей перестает тянуться к какому-либо предмету, то есть действия ребенка начинают более отчетливо подчиняться словесным командам, что свидетельствует о начале формирования функции 'речи.

Нарушения реакций на обращенную речь могут проявляться бедностью звуковых комплексов, недостаточностью их эмоциональной окраски, отсутствием стремления к подражанию, невыполнением

ситуационных команд. Специфика этих патологических реакций определяется причинным фактором. Так, ребенок может не выполнять отдельные ситуационные команды за счет снижения слуха, задержки психического развития, нарушений общения, педагогической запущенности. Бедность звуковых комплексов может быть связана с нарушениями иннервации артикуляционной мускулатуры, снижением слуха.

На этом возрастном этапе более отчетливо могут быть выявлены следующие неврологические заболевания и отклонения в развитии: детский церебральный паралич, синдромальные формы умственной отсталости, не резко выраженные дефекты слуха.

В возрасте 9–12 месяцев отличительной особенностью является появление нового типа общения со взрослым – предметно-действенного. Контакт с ребенком устанавливается и поддерживается с помощью ярких предметов и игрушек, которыми ребенок активно манипулирует. При этом у него, хотя и начинает проявляться избирательное отношение к различным предметам, всегда отчетливо выражена реакция на новизну. Характерной особенностью этого этапа развития является то, что активная ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка начинает подавлять реакцию страха на новые раздражители.

Комплекс оживления при нормальном психическом развитии закономерно угасает. Поэтому его выраженность даже у недоношенного и ослабленного ребенка является одним из признаков отставания психического развития. При оценке речевых трудностей у детей раннего возраста важно соотносить степень отставания с возрастом ребенка.

К концу первого года у ребенка обычно появляется первое слово.

В норме годовалый ребенок понимает значение многих слов, к полутора годам он может показать некоторые части тела, выполнять простые инструкции. Родителям следует помнить, что дефицит эмоциональных контактов может быть одной из причин отставания ребенка в речевом развитии.

Для диагностики психического развития ребенка на этом возрастном этапе важное значение имеет комплексная оценка эмоциональных реакций. При отставании в психическом развитии у ребенка отсутствует адекватная реакция на незнакомого человека, нет интереса к игрушкам, слабо выражена реакция на новизну, имеет место недостаточность познавательных и дифференциро-

ванных эмоций. Мимика таких детей однообразна, улыбка носит подражательный характер и возникает в ответ на любое улыбающееся лицо взрослого, у них может наблюдаться недифференцированный комплекс оживления и автоматическое зрительное прослеживание.

К году ребенок начинает понимать простую обиходную речь. Однако необходимо отметить, что указанные функции развиваются у ребенка не спонтанно, а лишь в процессе постоянного взаимодействия со взрослым, их развитие ускоряется в процессе специально организованного развивающего воспитания. Поэтому они могут отсутствовать при педагогической запущенности.

Наряду с оценкой понимания речи следует обратить внимание и на произносимые ребенком звуки. На начальном этапе этой стадии речевого развития имеет место активный лепет, состоящий из 5–6 слогов. Ребенок эхоталично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звукосочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

К году у ребенка начинает формироваться игровой контакт со взрослыми, и прежде всего с матерью. Общение осуществляется с помощью жестов и голосовых реакций. Голосовые реакции проявляются в виде лепета, который характеризуется разнообразием звуковых сочетаний интонационно-мелодической имитацией фразы. В условиях патологии лепет малоактивный, интонационно невыразительный. К 10 месяцам ребенок начинает голосом сигнализировать о биологических нуждах, развивается игровой контакт со взрослым. Следует обратиться к специалисту, если игровой контакт кратковременный или отсутствует вовсе при эмоциональных реакциях. Особенно следует обратить внимание, если ребенок в общении малоактивен или не подражает жестам, или эмоциональные реакции слабо выражены.

К году следует обратиться к специалисту в следующих случаях: ребенок продолжает общаться с окружающими с помощью жестов или не общается вообще, он не подчиняется словесной инструкции, говорит только несколько лепетных слов или не говорит вообще. Особое беспокойство вызывает отсутствие лепетных слов, особенно если это сочетается с отсутствием реакции на речевое общение или крайне низким интересом к окружающему

и/или непониманием обращенной речи. Такой ребенок должен быть обследован у психоневролога.

Если у ребенка отставание в развитии речи проявляется на стадии называния предметов, также необходима специальная логопедическая работа.

Логопедическая помощь также необходима, если ребенок «сюсюкает, как маленький, если у него задерживается развитие связной речи, если он проявляет речевой негативизм и по мере развития речи начинают возникать запинки.

Основная задача педагога и родителя: воспитание сенсорных функций, закрепление связи между словом, предметом и действием. Ребенка учат называть предметы, объясняют их назначение, знакомят с новыми, стимулируют активность и познавательный интерес.

11.4. РАННЯЯ СТИМУЛЯЦИЯ ДОРЕЧЕВОГО И РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Важное значение в программах домашнего обучения имеет ранняя стимуляция доречевого и начального речевого развития. Она проводится поэтапно.

На первом этапе (для нормально развивающегося ребенка (от 1 месяца до 3-х) проводится тактильная стимуляция губ, развитие слухового внимания, стимуляция гуления.

На втором этапе (4–8 месяцев) – гимнастика губ: сближают губы вместе и растягивают их в стороны, пока не почувствуют сопротивление. Собирают губы в морщинки, пока ребенок не начнет сопротивляться этим движениям. Побуждают ребенка губами тянуться к соске, пище. Стимулируют движения языка путем надавливания на его кончик ложкой в момент кормления. Делают это очень осторожно, чтобы не вызвать рвотный рефлекс. Стимулируют движения языка при помощи шпателя с вареньем. Побуждают жевание: держат пальцы под подбородком, когда ребенок пытается жевать, пассивно помогая ему в этом, подталкивая нижнюю челюсть вверх и вниз. Стимулируют слуховое внимание.

На третьем этапе (9–18 месяцев) – стимулируют и развивают жевание: помещают кусочки пищи между челюстями и пассивно воспроизводят схему жевания.

Развивают возможность одновременного слухового восприятия ритмичных звуков и зрительного восприятия движений руки

взрослого. Для этого на глазах у ребенка звонят в колокольчик. Развивают слуховое внимание и элементарную звуковую дифференцировку, а также определение звука в пространстве различными звучащими игрушками. Закрепляют связь между словом, предметом и простейшим действием. Обучают ребенка давать предмет по просьбе взрослого. По подражанию развивают интонацию просьбы.

На четвертом этапе (18–36 месяцев) продолжают развивать локализацию звука в пространстве, моторную сторону речи, стимулируя ребенка к повторению слов по подражанию, развивают словарный запас, интонационную сторону речи, расширяют словарный запас, стимулируют развитие речи.

11.5. ПОДГОТОВКА РЕБЕНКА К ОБЩЕНИЮ

Информация для родителей

Специалист должен объяснить родителям, что у ребенка задерживается речевое, а в некоторых случаях задерживается и общее психомоторное развитие, если ему не оказывают достаточно внимания родители.

Каждый ребенок рождается со своими индивидуальными особенностями, поэтому каждый ребенок нуждается в индивидуальном режиме и особенностях ухода. Педагогами было показано, что чем быстрее мать реагирует на признаки дискомфорта малыша в первые месяцы жизни, тем спокойнее и увереннее чувствует себя ребенок.

Уже к новорожденному следует относиться как к личности; все общение с ребенком должно сопровождаться ласковым разговором. Мать может, обращаясь к ребенку, вести с ним «диалог», говоря и за себя, и за него. Матери следует объяснить, что своим поведением и отношением к младенцу она подготавливает его к общению, способствует формированию мотивации общения.

Важным условием, подготавливающим ребенка к общению, является установление контакта взглядом. Матери необходимо чаще привлекать к себе внимание ребенка, стараться поймать его взгляд и, глядя в ту же сторону, куда скользит его взгляд, попробовать удержать его на себе. Встретясь с ребенком взглядом, нужно улыбнуться ему и произнести ласковые слова. Это поможет продлить контакт.

Лучше всего ребенок выделяет лицо взрослого, находясь в положении под грудью, когда мать держит его на руках.

Важно, чтобы взрослые, особенно мать, проявляли большую чуткость к малышу, наблюдая какие-либо проявления комплекса оживления (улыбку, двигательное оживление или вокализацию). Родители должны знать, что они адресованы именно им, что ребенок всеми доступными ему средствами показывает желание общаться. Нужно обязательно ответить на его инициативу и максимально полно удовлетворить его потребность в общении. Вступая в эмоциональный контакт, можно использовать такие действия, которые выражают любовь к малышу и легко им воспринимаются. Это могут быть физические прикосновения. Ребенку доставляет удовольствие, когда его поглаживают, похлопывают по плечу, перебирают пальчики, совершают движения его ручками и ножками, ласково разговаривают с ним.

Первое, что узнает ребенок о себе, вступая в общение со взрослым, – это самое важное для него: желанный он или нежеланный; любят его или нет. На основе положительного первичного опыта общения у малыша формируется доверие и интерес к окружающему миру, что в дальнейшем стимулирует его речевое развитие, познавательную деятельность.

Любовное, бережное отношение к малышу формирует положительную самооценку, которая имеет большое значение для психического, в том числе речевого развития ребенка, и является благоприятной почвой для формирования, начиная с первых месяцев жизни, основы образа самого себя: образа «я».

Развитие начальных навыков общения у ребенка с задержкой речевого развития

Следует иметь в виду, что общение, помимо разговорной речи, восприятия и понимания, включает умение соблюдать очередность в общении. Практическая методика по обучению детей общению включает следующие направления:

1) с самого раннего возраста ребенка побуждают слушать окружающих, соблюдать очередность, подражать звукам и жестам;

2) последовательно развивают навыки понимания обращенной речи;

3) обучение проводится в привычных для ребенка условиях с использованием подражания, игровых моментов и игр.

Задача родителей сделать занятия по развитию речи увлекательным и соответствующим их склонностям и склонностям ребенка занятием. Если ребенок еще не говорит, то первой основной задачей является научить его концентрировать внимание и играть. Не менее важной задачей является обучение его соблюдать очередность, так как коммуникация – двусторонний процесс. Его участники не только говорят, но и слушают, и ждут. Ранний возраст – наиболее благоприятный для того, чтобы начать учиться соблюдать очередность. Учиться можно, предлагая ребенку игру, в которой по очереди надо выполнять какие-то действия или произносить различные звуко сочетания и короткие слова.

Таким образом, основными задачами родителей являются: развитие подражания и воспитание у ребенка соблюдения очередности.

С этой целью могут быть использованы такие традиционные игры, как «Ладушки», «Поехали, поехали с орехами» и др. В процессе игры с ребенком говорите за разных зверюшек, имитируйте звуки, произносимые ими: «гав–гав», «мяу–мяу», «ква–ква» и т. п. Старайтесь, чтобы ребенок заражался обстановкой взаимодействия и повтором за вами. Создавайте игровые ситуации, в которых малышу захочется повторять звуко сочетания. Играйте в прятки: ку-ку; с водой: кап-кап; в поездку на машине: би-би; на лошадке: но-но. Учите ребенка слушать стихотворения, песни и отхлопывать ритм. Помните, что речевое развитие нельзя считать полноценным, пока словарь ребенка включает только слова-названия предметов. Чтобы ребенок научился строить высказывания, необходимо целенаправленно учить его словам-действиям.

Следует иметь в виду, что основным мотивом появления речи является общение. Формирование речи происходит прежде всего в диалоге. Важно, чтобы говорящий и слушающий постоянно менялись ролями. Первым партнером ребенка в диалоге должен быть взрослый. В любом случае при любой возможности поощряйте речевую реакцию ребенка. Если первыми ответами у ребенка являются только отдельные разрозненные слова, они очень важны, так как способствуют развитию общения и фактически становятся стержнем высказывания. Если ребенок заменяет слова адекватными жестами, это свидетельствует о его желании общаться. Важно, чтобы взрослый поощрял любую речевую реакцию ребенка как с правильным, так и с не-

правильным звуковым оформлением. На начальных этапах не следует настаивать на четкости произношения, это может привести к речевому негативизму. Для развития ребенка полезно использовать различные инсценировки, превращать занятия в маленький спектакль.

Важно научить ребенка отвечать на вопросы. Взрослый должен продумать серию вопросов – ответов с выделенной эмоционально окрашенной интонацией. Начальная серия вопросов предполагает всего два варианта ответов – «да» или «нет». Вторая серия вопросов предлагается в виде усложненного варианта игры «да – нет». Затем вопросы еще усложняются, и ребенок отвечает на них по картинкам: «кто это?», «что это?», «кто там пришел?» и т. п. Полезно использовать карточки из картинно-предметного или тематического лото. Постепенно ребенка учат использовать в своей речи и при ответе на вопросы глаголы.

Важное значение в развитии речевой и познавательной деятельности имеет игра. Используются игры по развитию начальной познавательной деятельности: игры с разборными игрушками, игры на конструирование и др. С помощью развивающих игр закрепляются представления о величине, цвете, форме, формируется ручная умелость и пространственная ориентировка. Для развития пространственных представлений широко используются разрезные картинки. Важное значение имеют игры, направленные на развитие стереогноза – восприятия и узнавания предметов на ощупь. Стереогноз имеет важное значение в развитии познавательной деятельности ребенка. Для развития этой функции используются игры по типу «волшебного мешочка». В мешочек из плотной ткани помещают различные предметы и мелкие игрушки, и ребенок без зрительного контроля должен узнать их на ощупь.

Начиная с 3 лет, малыша учат конструировать из кубиков по подражанию. Все представленные и другие игры-занятия сопровождаются речью, ребенок проговаривает свои действия, отвечает на вопросы взрослого.

Развитие доречевых голосовых реакций и речи ребенка тесно связано с развитием произвольной общей моторики. Так, до 2 месяцев характер крика ребенка существенно не меняется, что, по мнению некоторых авторов, связано с вынужденным положением ребенка на спине. Качественные видоизменения крика ребенка и дальнейшие этапы его доречевого развития связаны с разви-

тием общей моторики. Развитие общей моторики меняет положение ребенка, способствует развитию его положения на животе, на коленях, сидя и стоя. Переход головы из положения затылком вниз, теменем вперед, лицом вверх в положение теменем вверх, лицом вперед способствует расширению поля обзора, а также меняет и положение фонационно-артикуляционного и двигательного аппарата, создавая максимально оптимальные условия для их функционирования.

Произвольные активные движения ребенка становятся возможными по мере дальнейшего развития его центральной нервной системы и под влиянием адекватных условий окружения.

При развитии активных движений отдельные части тела вовлекаются сначала в некоординированные, а затем все более координированные, согласованные действия.

Считается, что речевая деятельность – это, прежде всего, нервно-мышечная синергия, вовлекающая все тело. Следовательно, при обучении речи ребенок должен, прежде всего, освоить комплексную синергию движения. Родителям необходимо стимулировать физическое развитие ребенка, заботиться о его здоровье. Это будет способствовать нормальному речевому развитию ребенка. При общении с ребенком важно вызывать у него стремление к подражанию.

Стимуляция речевого подражания на первом году жизни направлена на развитие коммуникативных навыков, зрительно-моторного манипулятивного поведения, положительного эмоционального общения с взрослыми. На основе предметно-практической и игровой деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, у ребенка стимулируют сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции.

Логопедическое обследование ребенка раннего возраста проводится в процессе наблюдения за его игровой деятельностью, а также в процессе совместной с ним игры. Отмечаются особенности импрессивной речи, то есть устанавливается уровень понимания обращенной речи. Для ребенка раннего возраста особое значение имеет подражание. Поэтому в игровой совместной деятельности с ребенком большое внимание уделяется подражанию. Кроме того, при обследовании безречевого ребенка или ребенка со значительным отставанием в речи необходимо обследование слуха.

11.6. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА

Стимуляция звукоподражания – узловое звено логопедической работы. Стимуляция подражания начинается с подражания логопеду звукам и слогам самого ребенка.

Используются следующие виды занятий: игры по подражанию звукам, возникающим в помещении и на улице (подражание тиканием часов, бульканью воды, мотору мотоцикла и машины, паровозному гудку, подражание звукам животных).

Перед началом логопедической работы необходимо установить контакт с ребенком, создать условия для адаптации ребенка в детском коллективе.

Логопедические занятия на фоне дезадаптации, плохого настроения, отрицательного отношения ребенка к учреждению не эффективны. Поэтому, прежде всего, у ребенка вырабатывается положительное отношение к детскому учреждению, к окружающим его взрослым. Ребенок должен чувствовать себя любимым и «нужным» в данном учреждении, при помощи интересных игр у него вырабатывается потребность и желание находиться в данном коллективе.

Важным разделом логопедической работы является развитие пассивного речевого запаса, то есть понимания речи. Развитие понимания речи происходит в процессе знакомства детей с предметами и явлениями окружающего мира. Формирование предметной соотнесенности слов производится одновременно с развитием их смыслового содержания.

Работа над восприятием звуков речи проводится с учетом характера дефекта. Она в первую очередь направлена на развитие слухового восприятия и слухового контроля. На следующем этапе работы особо важное значение имеет развитие фонематического восприятия и операций звукового анализа. На третьем этапе ведущее значение имеет развитие слухового контроля как осознанного действия.

Для воспитания правильной звуковой речи необходимой является работа над дыханием:

- формирование речевого дыхания с дифференциацией вдоха и выдоха;
- развитие длительного ротового выдоха при более коротком вдохе.

Во всех случаях логопед должен найти наиболее экономный и эффективный путь обучения ребенка произношению. Логопед

в ходе выполнения задания ребенком проверяет, правильно ли он выбрал позу для произнесения нужного звука. Для этого он просит ребенка произвести выдох и сильно подуть, не изменяя позы. При сильном выдохе возникает интенсивный шум. Если шум будет соответствовать акустическому эффекту нужного глухого согласного, значит, поза принята правильная, если нет, логопед помогает изменить артикуляционную позу и снова подуть.

Развитие фонематического анализа

1. Ребенка следует научить выделению и определению количества слогов в слове, произнесенном логопедом.

2. Отобрать картинки, в названиях которых три слога.

3. Ребенка учат произносить слитно слово, произнесенное логопедом по слогам (например: «те-ле-фон», «ве-ло-си-пед» и т. п.).

При работе над фонематическим анализом ребенка учат выделять звуки в слове. Задание: есть ли звук [м] в словах мышка, дерево, цветок, кошка.

Ребенка учат также выделению первого звука в слове, выделению последнего звука в слове. *Вопросы:* какой последний звук в словах «птица», «дом», «кошка» и т. п. Ребенка также учат определению количества звуков в словах (количественный анализ).

Логопедическая ритмика

Логопедическая ритмика имеет важное значение в развитии речи. Она включает пять разделов:

1. Ходьба, маршировка, основные движения.

2. Развитие ритмических движений.

3. Развитие умения слушать и различать двухчастотную и трехчастотную музыкальную форму, самостоятельно менять движения в соответствии со сменой темпа, динамики, ритма, тембра и характера музыки.

4. Развитие координации движений.

5. Тренировка слухового внимания и слуховой памяти на материале из трех сигналов.

Необходимым условием полноценного познавательного развития является сформированность всех компонентов психической сферы. У детей с задержкой речевого развития (ЗРР) общение возникает несвоевременно. Это оказывает неблагоприятное

воздействие на общее психическое развитие ребенка. Поэтому проблема ранней диагностики и коррекции отклонений в речевом и познавательном развитии у детей приобретает особое значение для их дальнейшего полноценного развития и обучения, так как возможность устранения нарушений развития в раннем возрасте выше благодаря большей пластичности и сензитивности детского организма к внешним воздействиям.

Комплексная ранняя помощь детям раннего возраста и семье со стороны специалистов может осуществляться как в условиях ДООУ, так и в структурных подразделениях на базе ДООУ – Службе ранней помощи, «Лекотеке» или в структуре реабилитационного центра. Такая помощь оказывается с учетом способностей и возможностей каждого ребенка по индивидуальной программе. Особое значение придается организации взаимодействия с семьей ребенка, установлению доверительных отношений с ребенком и членами его семьи, созданию единого гуманно-личностного образовательного пространства учреждения, оказывающего помощь, и семьи, проведению комплексных коррекционно-воспитательных занятий не только в учреждении специалистами, но и в условиях семьи родителями. Приведем пример оказания помощи в структурном подразделении «Лекотека»*. В структурном подразделении «Лекотека» детского сада № 1221 занимаются с детьми в возрасте от 3 до 7 лет с различными нарушениями развития. Занятия проводят педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог. Логопед при работе с детьми в условиях структурного подразделения «Лекотека» опирается на общедидактические и специфические принципы логопедии, работает над стимуляцией речевого и познавательного развития, коррекцией нарушений.

11.7. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ ЛОГОПЕДА В СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ ДООУ «ЛЕКОТЕКА»

Консультация

Консультация – это встреча специалиста «Лекотеки» с родителями (воспитателями), во время которой реализуется конструктивное сотрудничество специалистов и родителей.

* *Попова С. С. Логопедическая работа с детьми с ДЦП в условиях Лекотеки // Воспитатель дошкольного образовательного учреждения. – 2012. – № 9. – С. 83–87.*

Диагностический игровой сеанс

Диагностический игровой сеанс представляет собой совместную игру родителей (воспитателей) с ребенком в специально оборудованном зале. Специалист ведет наблюдение за происходящим, в идеале диагностический сеанс фиксируется на видеокассету. Результаты наблюдения фиксируются на формализованных бланках. По результатам диагностики составляется сезонный план сопровождения семьи.

Терапевтический игровой сеанс

Во время терапевтического игрового сеанса (обычно 60 минут) происходит игровое взаимодействие специалиста с ребенком в присутствии, а иногда с участием, родителей (лиц их заменяющих). Перед началом терапевтического сеанса и после его окончания специалисты коротко беседуют с родителями. После терапевтического игрового сеанса специалист заполняет протокол.

Групповой родительский тренинг

В групповой родительский тренинг участники включаются добровольно. Обычно это тренинги по общению, игре, асертивности, артметодам, специальным техникам, по изготовлению игрушек и др. В ряде случаев родителям предлагается участвовать в тренинге, исходя из результатов диагностического игрового сеанса.

В структурном подразделении «Лекотека» детского сада № 1221 педагоги опираются на следующие коррекционные программы, с учетом которых разрабатываются индивидуально-ориентированные программы развития: программа «Лекотека» А. М. Казьмина, программа помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» М. Петерси и С. Кернс, «Программа воспитания и обучения в детском саду» под редакцией М. А. Васильевой. Этапы логопедической работы с детьми:

1. Формирование двигательной и познавательной активности. Развитие моторики артикуляционного аппарата и мелкой моторики пальцев рук.
2. Совершенствование речи по всем направлениям.

11.8. СТРУКТУРА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ **В УСЛОВИЯХ «ЛЕКОТЕКИ»** **(ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ 1 ЧАС)**

1. Логопедический массаж
2. Артикуляционная гимнастика и работа над произношением
3. Дыхательная гимнастика (по методике А. Н. Стрельниковой с использованием голосовых упражнений)
4. Отработка лексической темы по плану
5. Логоритмическая физкультминутка
6. Работа над стимуляцией познавательного и сенсорного развития.

Логопедическая работа в условиях структурного подразделения «Лекотека» строится на взаимодействии педагога и родителей, педагог рассказывает им, как вести работу в домашних условиях, дает задания на дом, родители являются активными участниками коррекционного процесса, учатся у логопеда выполнять артикуляционную и пальчиковую гимнастику и правильно подбирать игрушки и книги для своих детей, осваивают навыки правильного гармоничного взаимодействия со своим ребенком, участвуя в театрализованных играх с ребенком, проводимых логопедом, тем самым обучаясь гармоничному взаимодействию с ним.

После каждого занятия объясняет задачи на ближайшее время обучения ребенка, говорит о перспективах его развития в соответствии с его индивидуальной программой, вносит в нее изменения при необходимости.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Какие причины могут обусловить нарушение речи у ребенка?
2. Какие стороны речи могут быть нарушены?
3. Какие основные функции речи вы знаете?
4. В каких случаях родителям следует обратиться к специалисту?
5. В чем заключается ранняя стимуляция речевого развития?
6. На что следует обратить внимание при логопедическом обследовании?
7. Направления и содержание логопедической работы.
8. В чем состоит логопедическая ритмика?
9. Как проводятся логопедические занятия в условиях структурного подразделения «Лекотека»?

10. Перечислите формы и этапы работы логопеда в условиях «Лекотеки».

11. В чем заключается работа логопеда с родителями?

12. Какова структура логопедического занятия в условиях «Лекотеки»?

Задания для самостоятельной работы

Аудиторная форма: экспресс-опрос, просмотр презентаций, схема этапов работы дефектолога с данной категорией детей и их семей.

Внеаудиторная форма: составление кроссвордов и таблиц по содержанию лекции, написание эссе «Логопедические занятия в условиях структурного подразделения «Лекотека».

ЛИТЕРАТУРА'

Антонова З. П. Оценка эффективности работы служб ранней помощи семье с проблемным ребенком в Самарской области / З. П. Антонова, Ю. А. Разенкова // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 50–60.

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

Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: Учебное пособие. – М.: АСТ; Астрель, 2006.

Архипова Е. Ф. Инновационная модель комплексного сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями. – М., 2009.

Бадалян Л. О. Детский церебральный паралич. – Киев, 1988.

Баенская Е. Р. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста // Дефектология. – 1999. – № 1.

Басилова Т. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: Пособие для родителей. – М.: Просвещение. – 111 с.

Башина В. М. Ранний детский аутизм. – М., 1993.

Башина В. М. Аутизм в детстве. – М., 1999.

Белопольская Н. Л. Некоторые вопросы психолого-педагогического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии // Дефектология. – 1984. – № 5.

Беляева О. Л. Взаимодействие учителя-дефектолога с родителями слабослышащего ребенка, интегрированного в общеобразовательную школу / О. Л. Беляева, Н. В. Ольховская // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2007. – № 1. – С. 42–46.

Белякова И. В., Петрова В. Г. Дети с отклонениями в развитии. Кто они? – М., 1997.

Борисенко М. Г., Лукина Н. А. Диагностика развития ребенка (0 – 3 года). Год, место издания

Буянов М. М. Ребенок из неблагополучной семьи. – М., 1983.

- Бютнер К.* Жить с агрессивными детьми. – М., 1991.
- Вальдес Одриосола М. С.* Арттерапия в работе с подростками. Психотерапевтические виды художественной деятельности. – 2-е изд. – М., 2007.
- Ватсон Л. Маркус Д.* Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. – СПб., 1999.
- Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С. С. Ляпидевского и В. И. Селиверстова. – М., 1969.
- Воспитание слабовидящего ребенка в семье / Под ред. В. П. Ермакова, А. А. Щегловой. – М., 1986.
- Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением: Учебно-методическое пособие / Под ред. М. И. Рожкова. – М., 2001.
- Выготский Л. С.* Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч.: В 6 т. – М., 1982. – Т. 4.
- Гаспарова Е. Н.* Агрессивные дети // Дошкольное воспитание. – 1988. – № 8.
- Гогин М. Г.* Семейное воспитание глубоко умственно отсталых детей // Дефектология. – 1973. – № 6.
- Головциц Л. А.* Дошкольная сурдопедагогика. – М., 2010.
- Грибанова Г. В.* Нарушения формирования привязанностей у детей-сирот в раннем возрасте // Дефектология. – 1994. – № 3.
- Диагностика и коррекция психологического развития дошкольника / Под ред. Я. Л. Коломинского, Е. А. Панько. – Минск, 1997.
- Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л. П. Носковой. – М., 1993.
- Дубинская И. Д.* Формирование здоровья детей, воспитывающихся в детских дошкольных учреждениях // Педиатрия. – 1979. – № 3.
- Ермаков В. Л., Якушин Г. А.* Основы тифлопедагогтики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: Учебное пособие для вузов. – М., 2000.
- Жукова И. С., Мастюкова Е. М.* Если ваш ребенок отстает в развитии. – М., 1993.

Журба Л. Т., Мاستюкова Е. М. Ранние неврологические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей. – М., 1976.

Забрамная С. Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. – М., 1993.

Зальцман Л. М. Работа с родителями детей, имеющих нарушения зрения и интеллекта / Л. М. Зальцман // Дефектология. – 2006. – № 2. – С. 31–35.

Запорожец А. В., Неверович Я. З. К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка // Вопросы психологии. – 1974. – № 6.

Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М., 1986.

Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии: Книга для педагогов / Под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мишиной. – М.: Полиграф сервис, 2002.

Исследование личности детей с нарушениями слуха / Под ред. Т. В. Розановой. – М., 1981.

Лизель Полински. Игра и движение. Более 100 развивающих игр для детей первого года жизни. – Место издания 2006.

Каган В. Е. Аутизм у детей. – М., 1981.

Казьмин А. М. Модель российской Лекотеки URL: <http://www.lekотека.ru>.

Карнес Мерл Б., Ли Ричард К. Привлечение родителей к обучению аномальных детей (Помощь родителям в воспитании детей) / Общ. ред. В. Я. Пилиповского. – М., 1992.

Калижнюк Э. С. Психические нарушения при ДЦП. – Киев, 1987.

Кащенко В. П. Педагогическая коррекция. – М., 1994.

Кожанова Н. С. Коммуникативная компетентность родителей как важное условие коррекции коммуникативной деятельности детей с нарушениями зрения в семье // Специальное образование. – 2008. – № 11. – С. 28–34.

Кондратов А. М. Если ребенок не видит. – М., 1991.

Корсунская Б. Д. Воспитание глухого дошкольника в семье. – М.: Просвещение, 1969.

Краснокутская Е. М. Психолого-педагогическая работа с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья // Логопед в детском саду. – 2008. – № 2. – С. 42–47.

Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 1984.

Лебединская К. С., Никольская О. С. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. – М., 1989.

Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. – М., 1991.

Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1997.

Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2000.

Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения. – М., 1986.

Логоритмика для детей с синдромом Дауна: Книга для родителей // Сост. Л. В. Лобода. Благотворительный фонд Даунсайд Ап. – М., 2008. – 74 с.

Лурия А. Р. Язык и сознание. – М., 1979.

Маковецкая Г. А., Захарова Л. И. Ребенок и семья. – Самара, 1994.

Маллер А. Р. Педагог и семья ребенка-инвалида // Дефектология. – 1995. – № 5.

Маллер А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями. – М., 1996.

Маллер А. Р. Специальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. – М., 2000.

Маллер А. Р. Социально-трудовая адаптация глубоко умственно отсталых детей. – М., 1990.

Маллер А. Р. Воспитание ребенка с болезнью Дауна в семье // Дефектология. – 1986. – № 4.

Малофеев Н. Н. Специальное образование в России и за рубежом. – М., 1996.

Малофеев Н. Н. О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации / Н. Н. Малофеев, Ю. А. Разенкова, Н. А. Урядницкая // Дефектология. – 2007. – № 6. – С. 60–68.

Малофеев Н. Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики // Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии. – 2009. – № 6. – С. 3–9.

Малофеев Н. Н., Шматко Н. Д. Базовые модели интегрированного обучения // Дефектология. – 2008. – № 1. – С. 71–78.

Мамайчук И. И., Мартынов В. Л., Пятакова Г. В. Социально-психологическое исследование семьи больных ДЦП и психокоррекционная работа с родителями: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. – М., 1989.

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. – М., 1985.

Мастюкова Е. М., Грибанова Г. В., Московкина А. Г. Профилактика и коррекция нарушений психического развития детей при семейном алкоголизме. – М., 1989.

Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии. – М., 1992.

Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с детским церебральным параличом. – М., 1991.

Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Под ред. В. И. Селиверстова. – М.: Владос, 2004. – 407 с.

Матейчек З. Родители и дети. – М., 1992.

Медведева Е. Л., Левченко И. Ю., Комиссарова Л. Н., Добровольская Т. А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. – М., 2001.

Мишина Г. А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития: Методические рекомендации / Г. А. Мишина // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 60–64.

Московкина А. Г., Анисимова И. В. Как помочь ребенку с нарушением внимания // Дефектология. – 2000. – № 2.

Московкина А. Г., Пахомова Е. В., Абрамова А. В. Изучение стереотипов отношения к умственно отсталому ребенку учителей и родителей // Дефектология. – 2000. – № 1.

Московкина А. Г., Абрамова А. В. Особенности зрения и слуха у детей с ограниченными возможностями // Дефектология. – 2001. – № 1.

Московкина А. Г. Современные подходы к проблеме выявления и диагностики врожденной и прелингвальной патологии слуха. Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями слуха. – М.: Прометей, 2012.

Назарова Л. П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушением слуха: Учебное пособие для вузов / Под ред. В. И. Селиверстова. – М., 2001.

Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок, пути помощи. – М., 1997.

О психологии развития глухих и нормально слышащих детей / Под ред. И. М. Соловьева. – М., 1962.

Павлова Л. Н. Развивающие игры-занятия с детьми от рождения до трех лет: Пособие для воспитателей и родителей. – М.: Мозаика-Синтез, Сфера, 2008.

Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л. Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста / Под ред. В. А. Доскина. – М., 1995.

Питерси М., Трилор Р., Керне С. // Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии / Пер. с англ. Научная редакция д-ра мед. наук Е. Мастюковой. Университет Маккуэри, Сидней. – М., 1997.

Помощь родителям в воспитании детей / Пер. с англ. Общая редакция и предисловие д-ра пед. наук В. Я. Пилиповского. – М., 1992.

Попова С. С. Логопедическая работа с детьми с ДЦП в условиях СП «Лекотека» при ГБОУ детский сад компенсирующего вида № 1221 г. Москвы // Воспитатель дошкольного образовательного учреждения. – 2012. – № 9. – С. 83–87.

Практическое руководство по тестированию. – СПб.: Паритет, 2006.

Развитие речи детей с нарушениями слуха в семье: Методические рекомендации для родителей / Под ред. Э. И. Леонгард. – М., 1985.

Разенкова Ю. А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития. – М., 2011.

Раку А. И. Особенности положения умственно отсталого ребенка в семье // Дефектология. – 1977. – № 4.

Ребенок с синдромом Дауна. Первые годы. Новое руководство для родителей / Под ред. Скаллерап С. Дж. – М.: Благотворительный фонд Даунсайд Ап, 2009. – 411 с.

Речицкая Е. К. Гуманистические аспекты современной образовательной парадигмы. Современные концепции гуманизации учебного процесса и вальдорфская педагогика. Сб. трудов / Под ред. Н. И. Алексеевой, И. И. Левиной, Н. Н. Притыко. – М., 2012.

Рудакова Л. А. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением. – М., 1995.

Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. – М., 1993.

Сафонова Т. Я., Цымбал Е. И., Олиференко Л. Я., Иванова Н. А., Деньянюк И. И. Жестокое обращение с детьми. – М., 1993.

Селиверстов В. И. и др. Речевые игры с детьми. – М., 1994.

Селиверстов В. И. Современные приоритетные направления развития коррекционно-педагогической работы в дошкольном образовании // Дошкольное воспитание. – 1997. – № 12.

Селиверстов В. И. Заикание у детей. Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий. – М., 2000.

Семенова И. А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР. – СПб.: Детство пресс, 2010. – 320 с.

Серз У., Серз М. Ваш ребенок. – М., 1992.

Скиннер Р., Клингз Дж. Семья и как в ней уцелеть. – М., 1995.

Смирнова А. Н. Воспитание умственно отсталого ребенка в семье: Пособие для родителей. – М., 1967.

Солнцева Л. И., Хорosh С. М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. – М., 1983.

Солнцева Л. И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста. – М., 2000.

Стиваковская А. С. Как трудно быть родителями. – М., 1986.

Стиваковская А. С. Нарушения игровой деятельности. – М., 1980.

Спок Б. Разговор с матерью. – М., 1991.

Стребелева Е. А., Мишина Г. А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии. – М., 2010.

Сумарокова И. Г. Психолого-педагогическая работа с семьей, воспитывающей незрячего ребенка раннего и дошкольного возраста // Дефектология. – 2008. – № 4. – С. 33–44.

Теплоухова И. А. Опыт вовлечения родителей дошкольников с нарушенным слухом в работу по развитию речи // Дефектология. – 2006. – № 4. – С. 50–54.

Теплоухова И. А. Дневник выходного дня – эффективная форма вовлечения родителей в работу по развитию речи неслышащих дошкольников // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – № 2. – С. 76–79.

Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 1998. – № 4.

Ткачева В. В. Гармония внутрисемейных отношений. – М., 2000.

Томас Й. Вейс. Как помочь ребенку? – М., 1992.

Тонкова-Ямпольская Р. В., Голубева Л. Г., Мышкис А. И. Некоторые вопросы социальной адаптации в раннем детстве. – М., 1979.

Феоктистова В. А. Воспитание слепых детей дошкольного возраста в семье. – М., 1993.

Финни Н. Ребенок с церебральным параличом. Помощь. Уход. Развитие: Книга для родителей. – М., 2001.

Фромм М. Азбука для родителей. – Л., 1991.

Хорош С. М. Влияние позиции родителей на раннее развитие ребенка // Дефектология. – 1991. – № 3.

Хорош С. М. Игрушка и ее роль в воспитании слепого дошкольника. – М., 1983.

Хохлова А. Ю. Изучение особенностей детско-родительского взаимодействия в семьях глухих и слышащих родителей, воспитывающих глухих детей // Дефектология. – 2007. – № 3. – С. 40–48.

Хрестоматия. Серия Арттерапия / Составление и общая редакция А. И. Копытина. – СПб., 2001.

Цикото Г. В. О семейном воспитании умственно отсталого ребенка раннего возраста // Дефектология. – 1977. – № 5.

Шемякина О. В. К вопросу об особенностях психического развития детей раннего возраста с задержкой речевого развития // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2012. – № 4. – С. 160–164.

Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – СПб.: Детство пресс, 2003. – 520 с.

Штрасмайер В. // Обучение и развитие ребенка раннего возраста. 260 упражнений в помощь тем, кто воспитывает детей 1–3 лет с проблемами в развитии / Пер. с нем. А. А. Михлина, Н. М. Назаровой. – М., 2002.

Эльконин Д. Б. Детская психология: Развитие ребенка от рождения до семи лет. – М., 1960.

Niparko J.K. Cochlear Implants: Principles & Practices. Lippincott Williams & Wilkins, 2009. – 356 p.

Мультимедийные средства

Мультимедийные презентации: «Коррекция взаимоотношений между родителями и детьми с ЗПР», «Практическая работа с семьей ребенка с ОВЗ», «Значение системы ранней помощи для повышения качества жизни лиц с ОВЗ», «Методика работы с ребенком с РДА и различные виды помощи семье», «Психо-

логическая поддержка семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ – игры для родителей и детей».

Интернет-ресурсы

<http://www.dislife.ru/> – Информационный портал с актуальными публикациями по теме воспитания детей с ОВЗ в семье. Дети с ограниченными возможностями в системе семейных отношений. Проблемы организации жизнедеятельности и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. Семья как ближайшее и первое социальное окружение, с которым сталкивается ребенок.

<http://www.stn-school.edusite.ru/p47aa1.html> – Сайт МОУ «Старонадымская средняя общеобразовательная школа». Страница, посвященная детям с ОВЗ.

<http://zabcdo.ru/site/center/psychologist/120/full/> – ГОУ Центр образования «Стремление». Психолого-педагогическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, с использованием информационно-коммуникационных и интернет-технологий.

<http://www.moluch.ru/conf/ped/archive/60/2514/> – Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Библиографическое описание: Галкина Е. В. Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [Текст] / Е. В. Галкина // Актуальные вопросы современной педагогики (II): материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Уфа, июль 2012 г.). – Уфа: Лето, 2012.

http://www.pedlib.ru/Books/5/0301/5_0301-2.shtml – Солянкина О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.: АРКТИ, 2007. – 80 с. (Коррекционная педагогика).

Rapp W., Arndt K. Teaching Everyone: An Introduction to Inclusive Education. – [электронный ресурс] <http://www.amazon.com/Teaching-Everyone-Introduction-Inclusive-Education/dp/1598572121>.

Social-Ecological Model //Coalition of Family Harmony. – [электронный ресурс] <http://www.thecoalition.org/services/rape-prevention-education/social-ecological-model>.

Books and resources for disabled children and their families //Scope about Disability. – [электронный ресурс] <http://www.scope.org.uk/support/families/books>.

Московкина Алла Григорьевна

**РЕБЕНОК
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ В СЕМЬЕ**

Учебное пособие

Технический редактор *Копылова С. Г.*
Оформление обложки *Зот Н. Г.*
Компьютерная верстка *Золотова Ю. А.*

Издательство «Прометей»
115035, Москва, ул. Садовническая, д.72, стр.1
Тел/факс: 8 (495) 799-54-29
E-mail: info@prometej.su

Подписано в печать 28.01.2015. Формат 60х90/16.
Бум. офсетная. Печать цифровая. Объем 8,5 п.л.
Тираж 100 экз. Заказ № 443.

ISBN 978-5-9906264-0-9

