

Варенова, Т.В. Ранняя коррекционная помощь детям с двигательными нарушениями /Т.В. Варенова. – Коррекционно-педагогическая работа с детьми до трех лет с особенностями психофизического развития. – Минск: «Адукацыя і выхаванне». – 2009. – С. 11–39.

Ранняя коррекционная помощь детям с двигательными нарушениями

Т.В. Варенова

Введение

Предотвращение инвалидности и раннее вмешательство выступают как единая общечеловеческая проблема. Абилизация¹ детей с дизонтогенезом должна быть одной из приоритетных областей деятельности здравоохранения, образования, социальной защиты, от степени ее решения во многом будет зависеть состояние других проблем. К осознанию данной проблемы гражданским обществом, социальной ответственности и политической воли должна прибавиться еще и профессиональная компетентность.

Применение накопленных в разных странах знаний могло бы более чем на 50% сократить инвалидность, возникающую на первых этапах послеродового развития вследствие врожденных или приобретенных нарушений. До 30 дней жизни диагностируется до 100 заболеваний, которые могли бы успешно лечиться. Изменения, приобретенные в течение перинатального периода (с 28 недель беременности до 7 дней жизни), нарушение метаболизма представляют собой основные отклонения, которые на сегодняшний день можно обнаружить и предотвратить. Профилактические мероприятия включают в себя широкий круг действий: от статей конституции и специальных законов до генетического обследования, прививок в предшествующий оплодотворению период и массового скрининга² новорожденных, что имеет своей целью улучшение качества биологического субстрата.

1. *Абилизация* – комплекс мер, направленных на развитие (становление) у ребенка, преимущественно от 0 до 3-х лет, психофизических функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, предотвращение появлений у ребенка ограничений жизнедеятельности.

2. *Скрининг* (от англ. *screening* «просеивание») обозначает быстрый, доступный, приблизительный метод обследования с целью выявления нуждающихся в более точной

диагностике или помощи. *Скрининг развития* – массовое, повторяющееся обследование детского населения по выявлению факторов риска и проблем в организации и регуляции различных свойственных данному возрасту видов деятельности и поведения, для последующего уточнения причин их возникновения и оказания адекватной помощи. (Данное определение предложено Санкт-Петербургским институтом раннего вмешательства).

Категория детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата наиболее зависима от качества специального образования. Тем не менее, еще не так давно большинство таких детей исключалось из этой системы. Помимо профессионализма специалистов, важными условиями результативности проводимой работы являются тесное взаимодействие с родителями и социальная среда сверстников.

Общая характеристика нарушений опорно-двигательного аппарата

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) – это разнообразная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц. Основную массу детей с двигательной патологией составляют дети с церебральным параличом, до 89%.

Детский церебральный паралич (ДЦП) возникает под влиянием различных вредных факторов (всего насчитывают до 400), действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на первом году жизни ребенка.

Понятие ДЦП объединяет *группу двигательных расстройств*, приводящих к нарушению контроля со стороны центральной нервной системы за функциями мышц. Нарушение тонуса мышц отражает дефицит подкорковых функций. Могут отмечаться различные варианты нарушения мышечного тонуса. Повышение мышечного тонуса (*гипертонус*) выражается в общей скованности: ребенок сохраняет *флексорную* (сгибательную) позу при всех манипуляциях. Руки согнуты и приведены к туловищу или разогнуты и пронированы (повернуты ладонью вниз) в предплечьях. При пассивных движениях ощущается повышенное сопротивление разгибанию и сгибанию конечностей.

При мышечной *гипотонии* ребенок, наоборот, лежит с разогнутыми во всех суставах конечностями (поза лягушки). Выраженность этой позы зависит от степени гипотонии. Уменьшено сопротивление любым пассивным движениям, их объем значительно увеличен. Спонтанная активность при всех нарушениях мышечного тонуса снижена. Степень выраженности нарушений может быть

различной – от тенденции к мышечной гипер- или гипотонии до выраженных изменений.

Отмечается, что мышечная гипотония у новорожденных встречается значительно чаще и может быть симптомом почти всех неврологических и соматических заболеваний. Ее выраженность, длительность и сочетание с другой симптоматикой имеет большое диагностическое и прогностическое значение. Легкая мышечная гипотония в период новорожденности может быть симптомом незрелости и тогда достаточно быстро исчезает. Локальная гипотония характерна для травматического поражения периферических нервов или в редких случаях является симптомом аномалии развития спинного мозга.

Наличие патологических тонических рефлексов, выраженность которых отражает основной механизм нарушений при церебральных параличах, воспринимается порой (особенно родителями) за врожденную физическую силу. В норме послеродовой тонус мышц (позотонические рефлекссы) к трем месяцам уже не проявляются.

Во всех случаях под «параличом» не имеют в виду отсутствие движения вообще, церебральный паралич характеризуется лишь некоторой вялостью, что заключается в патологической реализации двигательного акта.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут испытывать целый ряд проблем, касающихся выполнения определенных жизненных функций, которые обусловлены органически. В первую очередь, при ДЦП задерживается общее моторное развитие: ребенок с заметным опозданием начинает держать голову, поворачиваться, сидеть, стоять, ходить. У него наблюдается различной степени тяжести нарушения движений рук, ног, головы, туловища, обусловленные спазмом мускулатуры. Это может проявляться в виде параличей, парезов, расстройства координации, гиперкинезов. *Гиперкинезы* – чрезмерные произвольные, беспорядочные движения типа поворотов, выгибаний, подергиваний, дрожания – обычно проявляются в 4–6 месячном возрасте. Во время движений и при волнении они, как правило, усиливаются, в состоянии покоя уменьшаются, а во сне и вовсе исчезают.

У многих детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются *кинестезии* – искаженное восприятие положения собственного тела и конечностей, нарушение ощущения движений: их направленности, силы, скорости. Например, движение вверх может ощущаться как движение вниз, вправо – как влево, движение пальца по прямой – как движение по окружности.

Зрительные и слуховые раздражители подавляют собой кинестетические. Так, если при пассивном обведении пальцем квадрата ребенок смотрит на треугольник, ему кажется, что он обводит треугольник. Если при пассивном обведении пальцем квадрата ребенку говорят «круг», ему кажется, что он обводит круг. Такая слабость кинестезий характерна и для здоровых детей до 3–4-летнего возраста, но при ДЦП она более выражена и может сохраняться на протяжении всей жизни.

Структура двигательного дефекта при ДЦП включает следующие характеристики:

- 1) нарушение мышечного тонуса (спастичность, ригидность, гипотония, дистония);
- 2) наличие патологических тонических рефлексов, которые в норме к 3 месяцам жизни уже не проявляются;
- 3) ограничение или невозможность произвольных движений;
- 4) наличие насильственных движений;
- 5) недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов, обеспечивающих формирование вертикального положения тела и произвольной моторики;
- 6) нарушение равновесия и координации движений;
- 7) нарушения ощущений движений (кинестезии);
- 8) синкинезии (насильственные содружественные, произвольные движения, не связанные по смыслу с произвольными движениями).

Симптоматика ДЦП видоизменяется по мере роста и развития ребенка. Профессор К. А. Семенова выделяет в течении ДЦП три последовательно сменяющих друг друга стадии.

Ранняя стадия обычно продолжается 2–4 месяца. На этой стадии обнаруживается рефлекторная патология. Врожденные двигательные рефлексы появляются с опозданием и вовремя не редуцируются, а сохраняются и препятствуют развитию произвольных движений. Развитие моторных функций, с которыми тесно связаны проявления первичных сенсорных реакций, задерживается и искажается, что в свою очередь задерживает развитие слухового и зрительного восприятия. Ребенок слабо вычленяет компоненты в окружающей среде, поэтому у него долго не формируется «комплекс оживления».

Хронически-резидуальная стадия может длиться от нескольких месяцев до 3–4 лет. На этой стадии начинается развитие произвольной моторики, которое

протекает в сложных условиях. Нередуцированные тонические рефлексы приобретают патологический характер. Это проявляется, прежде всего, в неправильных позах сидения и стояния, а также специфической походке, напоминающей движения ножниц. Эта ходьба отличается перекрестным движением ног, когда ребенок идет или пытается идти. Движения по большей части совершаются рывком и производят впечатление утрированных. При ходьбе ребенок выбрасывает стопы вперед и кнаружи. Кажется, что он не идет, а сидит верхом на чем-то, и его движения представляют собой полную противоположность движениям при скрещивании ног. Особые проблемы возникают в развитии мелкой моторики рук, что существенно затрудняет процесс овладения навыками самообслуживания.

На этой стадии необходимо настойчиво работать над подавлением патологических рефлексов и развитием произвольной моторики. Следует помнить о том, что ребенок растет, а для роста необходимо движение. Если пораженная рука или пальцы мало двигаются, то они физически отстают в росте. Если суставы мало работают, то плохо растет суставной аппарат, образуются *контрактуры* – тугоподвижность суставов, и функциональные контрактуры в скором времени могут трансформироваться в органические, которые с трудом поддаются даже оперативному хирургическому вмешательству.

Поздняя резидуальная стадия характеризуется относительной стабилизацией патологического двигательного стереотипа. В это период решающая роль отводится психолого-педагогическим мероприятиям.

Уровни развития моторики (по К.А. Семеновой).

1. Отсутствие врожденных двигательных рефлексов или их глубокая задержка при наличии или патологической активности тонических рефлексов. Рефлексы позы (поднимание головы) и произвольная моторика не сформированы.
2. Наличие некоторых основных врожденных двигательных рефлексов. Тонические рефлексы ребенок начинает преодолевать. С поддержкой или без нее ребенок начинает сидеть и сохранять приданную ему позу сидя.
3. Наблюдаются остаточные тонические рефлексы. Появляется ручная умелость. Ребенок удерживает приданную ему позу сидя и стоя. Шаговые движения неправильные. В суставах нижних конечностей – тугоподвижность.
4. Ребенок ходит с поддержкой или самостоятельно при патологической установке нижних конечностей. Наблюдаются контрактуры и деформации. Ручная умелость неполноценна.

5. Ребенок ходит самостоятельно или с палочкой при умеренно выраженных контрактурах или без таковых. Может рисовать и писать без патологических установок в руках, но движения неловки, замедлены.

6. Ребенок ходит самостоятельно без поддержки. Походка нормальная. Произвольные движения соответствуют возрасту.

Педагогу не столько важно определить, к какому из перечисленных уровней относится ребенок, сколько максимально оценить его двигательные возможности. В связи с этим нужно обратить внимание на следующие параметры моторного развития ребенка:

Общая моторика.

- Способность удерживать голову.
- Способность сидеть – с поддержкой или без поддержки.
- Способность стоять – с поддержкой, у опоры, самостоятельно.
- Способность ходить – с поддержкой, с приспособлениями, самостоятельно.
- Способность прыгать.
- Способность бегать.

Мелкая моторика – ручная умелость, использование обеих рук.

- Способность удержания предметов – ладонью, пальцами.
- Сформированность навыков самообслуживания: еда с помощью ложки; питье из чашки; умывание; причесывание; одевание; обувание; застегивание (липучек, молний, крючков, кнопок, пуговиц) и пр.
- Способность к выполнению творческих манипуляций: конструирование; рисование; лепка.

Двигательные нарушения, определяющие специфику коррекционно-воспитательного процесса детей с ДЦП, являются не только следствием повреждения моторных зон, но и недоразвитием визуально-двигательной координации «глаз – рука», операций анализа и синтеза в пространственном мышлении. В каждом случае ДЦП серьезно нарушается восприятие пространства: при *гемиплегии* нарушается боковая ориентация, при *диплегии* – ориентация по вертикали, а при *тетраплегии (двойной гемиплегии)* – саггитальная ориентация в направлении сзади вперед. Любой ребенок со

значительной асимметрией между правой и левой стороной подвержен риску сенсорного расстройства, что чаще встречается у детей с гемиплегией.

Тяжелыми последствиями левостороннего паралича могут стать нетерпимость, агрессивность и враждебность. Реакции ребенка с правосторонним параличом могут отличаться преувеличенной пассивностью и уступчивостью. В ряде случаев появляются судорожные, эпилептические припадки. Нередко церебральный паралич сочетается с различными речевыми нарушениями, чаще всего дизартриями, т.е. нарушениями произношения, вызванными ограниченной подвижностью артикуляционного аппарата.

При ДЦП отмечается своеобразие связи локализации повреждения ЦНС с особенностями познавательной деятельности и полиморфизм интеллектуальных нарушений. Свообразие структуры познавательной деятельности при ДЦП может проявляться в сохранности интеллектуальной сферы, задержке психического развития и умственной отсталости различной степени.

Недостаточная самостоятельность, снижение познавательной активности у детей с церебральным параличом отмечаются даже в тех случаях, когда интеллект сохранен. Все названные нарушения в совокупности приводят к задержкам общего развития ребенка. Обнаруживаются затруднения в овладении чтением, письмом, в формировании пространственных и временных представлений. Более ярко задержка развития проявляется у детей с гиперкинезами. Это приводит к тому, что формирующиеся знания и навыки являются непрочными, поверхностными, фрагментарными, не связанными в единую систему. Без специального педагогического воздействия эти пробелы не устраняются.

Обоснование необходимости ранней комплексной помощи

Большинство родителей маленьких детей с синдромом двигательных нарушений ориентировано на сугубо медицинский характер помощи. Значение ранней коррекции в формировании и развитии личности ребенка с дизонтогенезом сложно переоценить: чем раньше начата работа, тем с меньшими затруднениями будет осуществляться его двигательное, речевое и интеллектуальное развитие. Часть детей уже при рождении имеет показания для направления в систему ранней помощи, поэтому выявление потребности в ранней психолого-педагогической поддержке необходимо осуществлять уже в первые дни и недели жизни ребенка.

Раннее выявление отклонений в развитии дает возможность своевременно включить ребенка в коррекционное обучение, обеспечить профилактику неблагоприятной динамики развития, предоставить необходимую психолого-педагогическую помощь.

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что даже к концу периода новорожденности у них часто нет зрительного и слухового сосредоточения, «ротового внимания», прослеживания движущегося предмета. Оптические и слуховые раздражители вызывают защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, мигания век, плача. И в дальнейшем таким детям нередко бывает очень трудно фиксировать взгляд на одной точке, у них отмечается склонность к косоглазию. Кажется, как будто зрительные оси не могут пересечься или фиксироваться в точке пересечения в течение определенного времени. Нарушение фиксации взора и функции прослеживания приводит к трудностям зрительных дифференцировок по цвету, форме, величине. Имеющиеся у некоторых детей ориентировочные реакции носят слабо выраженный познавательный характер. Период бодрствования короткий, на его фоне возникают отрицательные реакции. Нередко дети много и беспричинно кричат или, наоборот, сонливы. Эмоциональное общение детей с окружающими выражено слабо (они не улыбаются).

Существует ряд противоречий между психофизическим развитием ребенком и началом реабилитационной деятельности с данной категорией детей.

Первое, для коррекционно-развивающей работы с детьми с ДЦП важны первые годы жизни, но до года эта патология диагностируется в редких случаях. Обычно детям раннего возраста с церебральной патологией ставился диагноз «Перинатальная энцефалопатия» (ПЭП) различной степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая. В клинической практике также широко использовался термин «перинатальное поражение ЦНС».

По данным разных авторов, ПЭП встречается до 83,3% случаев. Раннее поражение мозга, скорее всего, проявится в дальнейшем в той или иной степени нарушенным развитием. Постепенно по мере созревания мозговых структур выявляются признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев двигательного анализатора, а также психического, доречевого и речевого развития.

В настоящее время термин «перинатальная энцефалопатия» не рекомендуется для употребления. Вместо него министерство здравоохранения

Республики Беларусь предлагает использовать для обозначения состояния ребенка первого месяца жизни с неврологической патологией без четко установленной этиологии диагноз «*Энцефалопатия новорожденного*» с указанием генеза (гипоксически-ишемического, токсического и др.) и неврологического синдрома. Например: «*Энцефалопатия новорожденного гипоксически-ишемического генеза с синдромом угнетения ЦНС*». Начиная со 2-го месяца и до 12 месяцев в диагнозе указывается ведущий неврологический синдром вследствие этой энцефалопатии: «*Задержка моторного развития вследствие энцефалопатии новорожденного токсического генеза*» и после одного года указывается исход этой энцефалопатии (ДЦП, другие стойкие психические и неврологические нарушения – *синдром двигательных нарушений*). Это же касается и родовой черепно-мозговой травмы.

Второе противоречие, которое отмечали врачи-практики, – у недоношенных детей с ДЦП больше шансов на успешное развитие, чем у доношенных. В случае преждевременных родов целесообразно создание для младенца специальных условий в инкубаторах в виде гамаков, водяных матрасов для развития вестибулярного аппарата. Итальянский университет Модены проводит исследование, направленное на распознавание ДЦП по движениям младенца в утробе матери. При поражении плода в первой половине беременности отмечается грубое недоразвитие интеллекта, во второй – мозаичный, неравномерный характер.

Еще одно противоречие, – при ДЦП при относительной сохранности интеллект не выполняет регулирующей и контролирующей роли при выполнении повседневных действий. Так, по данным российских авторов в данной категории интеллект сохранен до 60% случаев, 30% – частичное отклонение, 10% – грубые нарушения. При этом полное самообслуживание наблюдается только у 6% лиц с ДЦП, неполное – 50%, частичное – 30% и у 14% лиц – отсутствие навыков самообслуживания.

Многолетние исследования К.А. Семеновой, Л.О. Бадаляна, Е.М. Мастюковой показывают, что в случае раннего выявления перинатальной патологии и организации соответствующей коррекционной работы, можно достичь значительных успехов в ее преодолении. При условии ранней диагностики, не позднее 4–6-месячного возраста ребенка, и раннего начала адекватного систематического медико-педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация различных функций могут быть

достигнуты в 60–70% случаев к 2–3-летнему возрасту. В случае позднего выявления детей с перинатальной патологией и отсутствия адекватной коррекционной работы возникновение тяжелых двигательных, психических и речевых нарушений является более вероятным.

При оценке структуры психического развития ребенка с ДЦП необходимо учесть не только закономерности развития и коррекции первичных и вторичных отклонений, но и социальные факторы. В раннем возрасте у многих детей с ДЦП наблюдается значительное отставание в развитии сенсомоторной сферы и интеллекта, но к концу дошкольного периода, по данным ряда авторов (Н.В. Симонова, Э.С. Калижнюк, И.А. Смирнова и др.), значительная часть детей приобретает необходимую готовность для усвоения школьной программы.

Особенности психомоторного развития детей первого года жизни

Характеристику моторного развития дает сочетание позы ребенка в покое, состояние мышечного тонуса, тонических рефлексорных реакций, безусловно-рефлекторной деятельности, активной деятельности.

В период новорожденности у ребенка в положении на животе сохраняется нерезко выраженная флексорная поза. При пассивном разгибании рук и ног флексорная гипертензия преодолевается без большого труда. Спонтанная двигательная активность больше выражена импульсивными, хаотичными, некоординированными движениями. При тракции за руки (в положении ребенка на спине берут его руки за запястья и медленно тянут на себя) голова немного отвисает кзади, руки полусогнуты, ноги полусогнуты и отведены.

Педагогу важно знать, какие в норме у новорожденных можно вызвать безусловные рефлексы, и как это правильно сделать, с тем чтобы оптимальнее строить работу по развитию двигательной активности.

Рефлекторное ползание – руки под грудной клеткой, ноги совершают попеременные сгибания и разгибания. *Защитный рефлекс* – голова поворачивается в сторону, когда ребенка выкладывают на живот. В положении горизонтального подвешивания голова свисает, хотя временами ребенок пытается ее поднять, туловище и конечности в полусогнутом состоянии. В положении вертикального подвешивания (с поддержкой под мышки) ноги совершают попеременные сгибательно-разгибательные движения, но больше сгибательные.

Рефлекс опоры – поставленный на опору ребенок выпрямляет туловище и стоит на полусогнутых ногах, опираясь на полную стопу, контроль головы

слабый. При наклоне корпуса вперед ноги совершают попеременные шаговые движения (*рефлекторная ходьба*). *Хватательный рефлекс* – если вложить палец в ладонь ребенка, то он зажимает его.

Рефлекс Моро проявляется в 2-х фазах: при любом воздействии (хлопок по столу) ребенок сначала разводит руки в стороны, а потом «обнимает» себя. Отдельные компоненты рефлекса Моро могут сохраняться до 6 месяцев.

Рефлекс Галанта проявляется при проведении пальцем от ягодицы до головы на 1 см кнаружи от позвоночника (паравертебрально) ребенок изгибается в эту же сторону.

При нормальном развитии у детей проявляются с рождения, а затем постепенно ослабевают и угасают следующие безусловные пищевые и оборонительные рефлексы, которые необходимо учитывать в логопедической помощи.

Ладонно-рото-головной рефлекс (Бабкина). Вызывается давлением на ладонь в области возвышения большого пальца, при этом рот открывается, голова сгибается. Ослабевает к концу 1-го месяца жизни и пропадает к 3-м месяцам.

Губной рефлекс. При похлопывании по одному из углов полуоткрытого рта возникает непроизвольное движение губ, закрывание рта – подготовка к сосанию. После 6 недель рефлекс постепенно угасает.

Хоботковый рефлекс. Раздражение в области середины верхней губы вызывает рефлекторное движение губ вперед, они вытягиваются в «хоботок» (рефлекс подготовки к сосанию). Угасает после 6 недель.

Поисковый рефлекс. Раздражение щеки в области угла рта вызывает движение губ в сторону раздражителя (рефлекс подготовки к сосанию). Угасает после 6 недель.

Сосательный рефлекс. При тактильном раздражении губ, передней поверхности языка и твердого неба возникают сосательные движения. Нежное движение раздражителя (соски или пальца) ускоряет и усиливает активность сосательных движений. Рефлекс гаснет в возрасте от 4-х месяцев до 1 года.

Глотательный рефлекс. Вызывается тактильной стимуляцией корня языка, неба, задней стенки глотки. Обычно глотание следует за сосательной активностью. Но в период новорожденности глотание предшествует сосательному рефлексу. Изменение в схеме глотания и сосания начинается с 12 недель.

Рот-открывающий рефлекс. Вызывается зрительной стимуляцией – при виде груди или бутылки с молоком происходит рефлекторное открывание рта

(условный сосательный рефлекс). Возникает в 4 месяца, начинает угасать с 6 месяцев.

Жевательный рефлекс появляется с 7 месяцев и вызывается тактильной стимуляцией десен или зубов.

Знание вышеназванных рефлексов поможет педагогу правильнее построить подготовительную работу по развитию речи ребенка.

Нарушение доречевого развития проявляется в том, что различные патологические состояния могут приводить к затруднению или невозможности осуществления даже примитивных голосовых реакций. Нарушения тонуса артикуляционной и дыхательной мускулатуры делают крик ребенка слабым, коротким, высокого тона. При крике может отсутствовать преобладание второй фазы (*ya* вместо *ya-a-a*). Иногда изменяется и звуковая сторона крика. Он может быть пронзительным, резким или очень тихим, в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребенок обычно производит на вдохе. Крик бывает настолько тихим, что только по мимическим реакциям (гримаса на лице) можно догадаться, что ребенок плачет. В тяжелых случаях крик может отсутствовать совсем (афония). Иногда отмечается хныканье, несвойственное здоровым новорожденным. У ребенка со слабостью дыхательной мускулатуры ослаблен или отсутствует кашлевой толчок, он плохо чихает.

В первые недели и месяцы жизни у детей с двигательной патологией рефлексы орального автоматизма чаще всего ослаблены, угнетены или не проявляются совсем, что затрудняет кормление детей и препятствует развитию голосовых реакций.

Голосовые реакции новорожденного с двигательными нарушениями могут быть бедными или отсутствовать совсем вследствие угнетения центра нервной системы. В этом случае ребенок не произносит даже отдельные гортанные звуки.

Направления коррекционно-развивающей работы

Коррекционно-развивающая педагогическая работа с детьми раннего возраста проводится в процессе целенаправленного общего развития ребенка, а также коррекции нарушений развития.

Индивидуальная программа обучения ребенка, имеющего ограниченные двигательные возможности, строится с учетом результатов диагностирования его физической (моторной) сферы, сенсорной деятельности, познавательной,

эмоциональной, социальной и коммуникативной компетентности, а также высказанных пожеланий родителей.

Специалист или комиссия, сообщающая родителям конечный диагноз, в максимальной степени должны отразить в нем, что может делать ребенок, каковы его перспективы, сильные стороны. Очень важно поставить перед родителями следующие вопросы: «Что Вам нравится и что не нравится в ребенке?»; «В чем и на какой результат Вы рассчитываете через 3 месяца, 6 месяцев, через 1 год»?

Педагогам необходимо понимать состояние родителей, которые могут переживать различные этапы изменения своего отношения к факту рождения особого ребенка. Однако требуется не только понимание позиции родителей, но и адекватная психолого-педагогическая помощь им. Необходимо постоянно работать с родителями для укрепления взаимного понимания и доверия. Для того чтобы родители больше доверяли педагогу, надо регулярно сообщать им об успехах ребенка. Даже небольшие продвижения в развитии должны быть отмечены. При этом родители не только убеждаются во внимательном отношении специалиста, но и сами учатся замечать динамику в развитии сына или дочери и радоваться их успехам. При этом, обладая конкретными знаниями для организации коррекционно-воспитательной работы в целом, следует предъявлять к каждому ребенку разумные требования, так как у детей с двигательной патологией существуют разные возможности абилитации.

Обсуждение педагогическими работниками причины рождения больного ребенка недопустимо, так как это может явиться психологической травмой для его семьи, и шансы на плодотворное сотрудничество будут потеряны. Выяснение причины не может изменить факта врожденной патологии, кроме того, стратегия психолого-педагогической работы не зависит от этиологии, а роль родителей в успешной абилитации данной категории особенно велика.

Основные направления деятельности в доречевой период:

- Коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуляция рефлексов орального автоматизма (первые 3 месяца жизни), подавление оральных автоматизмов (после 3-х мес.).
- Развитие эмоционального общения с взрослым (стимуляция «комплекса оживления»).
- Развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного прослеживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве,

восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательнo-кинестических ощущений и пальцевого осязания).

- Развитие дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка).

- Стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности, (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета и лепетных слов).

- Формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватания и манипулятивной функции – неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук).

- Формирование подготовительных этапов понимания речи.

- Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата – спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений управления типа ригидности). Развитие подвижности органов артикуляции.

Основные требования к условиям проведения занятий – хорошо проветренное помещение, оптимальная температура воздуха, наличие стола с покрывалом, коврик для занятия с детьми на полу (после 8 месяцев), интервал после кормления и до сна, хорошее настроение ребенка во время занятий.

Противопоказания для занятий носят относительный, временный характер. Нельзя заниматься в следующих случаях:

- при тяжелом состоянии ребенка, обусловленном кровоизлиянием в мозг, отеком мозга, повторными приступами асфиксии, судорог, нарастающей внутричерепной гипертензии, т.е. при состояниях, требующих проведения интенсивной терапии;

- в остром периоде ОРВИ, пневмонии и других заболеваний;

- прогрессирующем падении веса;

- тяжелой степени анемии;

- экземе и других распространенных заболеваниях кожи (для массажа и занятий в воде).

Моторное развитие должно осуществляться строго по порядку. Стимуляцию установочных реакций и движений следует проводить по этапам онтогенетического развития – от головы, плеч, верхних конечностей, туловища к нижним конечностям. Ребенка сначала обучают поднимать и удерживать голову (посредством выкладывания на живот), затем – становиться и ползать на четвереньках, далее – сидеть, потом – стоять и ходить на коленях, стоять на одном колене, и, наконец, подниматься и ходить (методика В. Войта на основе системы Бобатов).

На протяжении занятий необходимо стараться вызывать у ребенка положительные эмоции, улыбку, сопровождать занятия речью. Крайне важно выяснить, какое положение тела, головы будет наилучшим для ребенка; в каком положении должен быть взрослый, с тем, чтобы сделать общение максимально привлекательным. Для фиксации головы, туловища, конечностей, для облегчения удержания и закрепления правильных поз применяются различные вспомогательные приспособления (специальные укладки, валики, подушки, ортезы, кресла-корсеты, вертикализаторы и т.п.).

Основным подходом при выработке действий у ребенка со спастикой является предварительное расслабление, далее – пассивное движение с постепенным переводом в активное.

Работа идет по следующему плану:

1. Общий массаж для ослабления (нормализации) патологически повышенного или сниженного тонуса.
2. Точечный массаж (по мере необходимости).
3. Пассивная разработка движений (пассивные упражнения для сохранения объема движений).
4. Стимуляция активных движений.

Особый акцент делается на развитие произвольных движений, которые, как известно, стимулируют работу высшей нервной деятельности. Одновременно можно разрабатывать несколько движений, не дожидаясь совершенствования предыдущих. В течение одного занятия одни движения осваиваются и совершенствуются, другие только начинают вызываться и стимулироваться.

Родителей необходимо проинформировать о том, что нельзя оставлять ребенка лежать в одном положении длительное время, подолгу сидеть с согнутыми ногами; положения необходимо менять как можно чаще, преодолевая закрепление позы эмбриона и появление позы «портного»; соблюдать

выработанный *индивидуальный двигательный (и ортопедический режим)*, поворачивая ребенка с боку на бок, выкладывая его на живот с использованием специальных укладок, чтобы он не зарывался носом в подушку, чередуя горизонтальное и вертикальное положения.

Приемы для торможения тонических рефлексов
(на основе упражнений О.Г. Приходько и Т.Ю. Моисеевой).

1. Конечности ребенка с помощью периодического легкого потряхивания группируют в положение максимального сгибания, голову приводят к груди в среднем положении, руки сгибают и приводят к груди, но слегка разводят и приводят к животу. В этой позе проводятся ритмичные покачивания вперед-назад. Это положение способствует растяжению укороченных мышц, а покачивания в этой позе – расслаблению и нормализации мышечного тонуса.

2. Для этой же цели используются покачивания на больших гимнастических мячах. Ребенка в положении лежа на животе или спине покачивают во фронтальной и саггитальной плоскостях до наступления расслабления.

3. Для торможения или хотя бы ослабления шейного тонического симметричного рефлекса ребенка кладут на живот на небольшой валик, который препятствует сгибанию в этом положении.

4. Для торможения ассиметричного шейного тонического рефлекса в положении на спине поворачивать пассивно голову в сторону, одновременно сгибая руку и ногу на этой же стороне; удерживая голову в срединном положении, поочередно сгибать руки; удерживая голову в срединном положении, поочередно или одновременно подносить руки ко рту.

5. Для детей с 2–3 месяцев упражнение-игра: удерживая голову в срединном положении поочередно сгибать руки и направлять к носу, рту, противоположному уху, животу, сопровождая движения словами «носик, ротик, ушко, брюшко».

В последние годы широко распространяется *метод кинезотерапии* – система моторного переобучения двигательного стереотипа при ДЦП, основанного на нейропсихологическом и нейроортопедическом обследовании ребенка. Для детей, у которых двигательные стереотипы еще только

формируются, используется вариант кинезотерапии – *методика двигательного обучения*.

Формирование пространственных представлений в онтогенезе тесно связано с двигательными возможностями рук. Существует несколько стадий освоения окружающего пространства:

- 1) «собственное пространство», которое познается ртом ребенка;
- 2) «ближнее пространство» – пространство руки;
- 3) «дальнее пространство», которое познается «мерой своих шагов» и связано с ходьбой.

При лечебно-педагогической работе по *развитию движений рук и действий с предметами* необходимо учитывать этапы становления моторики (формирования функций) кистей и пальцев рук: опора на раскрытую ладонь, осуществление захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

С 1 года развивают *манипулятивную функцию* рук – простые предметные действия, при необходимости выполняемые пассивно или пассивно-активно. Для формирования хватательной функции руки, устранения кинестезий и кинестопатий, развития мелкой моторики, амплитуды движений в лучезапястном суставе, где чаще всего образуются контрактуры, преодоления нарушений фиксации взора и прослеживания можно использовать следующий простой прием. Рукой ребенка с зажатой в ней яркой, звучащей игрушкой плавно водят в поле зрения, привлекая внимания малыша к собственным действиям. Для детей постарше большую пользу принесут так называемые «крученки» – изогнутые проволоки с продетыми в них шариками, кольцами, которые нужно провести по всему «маршруту».

Произвольный захват предмета возможен после освоения базового навыка – опоры на ладони выпрямленных рук с разогнутым запястьем. Развитию *опорной функции руки* способствуют медленные перекачивания ребенка в положении на животе вперед на большом мяче. Развитию *функции хватания* способствует вкладывание в руки ребенка предметов, различных по форме, величине, весу, фактуре, температуре. При формировании захвата прежде, чем вложить игрушку (предмет) в руку ребенка, необходимо придать конечности следующее положение: плечо в положении наружной ротации и отведения, локтевой сустав разогнут, предплечье супинировано, кисть разогнута. Вся работа по коррекции

движений верхних конечностей проводится под контролем рефлекс-запрещающих позиций.

Важно обучать ребенка не только захвату предмета, но и его отпусканию. Разжимание кисти облегчается потряхиванием ее в сторону мизинца поворотом руки ладонью вверх. Желательно развивать активность обеих рук, что будет способствовать стимуляции интегративной работы обоих полушарий головного мозга. Например, вокруг сидящего ребенка раскладываются игрушки, которые ему предстоит собрать в стоящую перед ним коробку. Сбор может быть совместным, т.е. взрослый берет и кладет сам, но рукой ребенка, причем то, что лежит справа правой рукой, то что слева – левой. Ребенка побуждают брать предметы разной формы и фактуры (круглые, плоские, мягкие, твердые и т.д.) из положений снизу, сверху, слева, справа от него.

Большое значение в развитии мелкой моторики имеют игры с пальчиками, сопровождающиеся стишками и потешками; специальные упражнения без речевого сопровождения, объединенные в комплекс гимнастики для развития мелкой моторики рук (пальчиковая гимнастика).

Для многих детей с ДЦП требуется работа, направленная на *нормализацию чувствительности и коррекцию осязания*. Это тактильные, температурные, барические и болевые ощущения, посредством которых человек дополняет, расширяет, уточняет информацию, полученную при помощи других анализаторов. При снижении чувствительности ставится задача научить ощущать прикосновения с помощью различных поверхностей разнообразных материалов и человеческих контактов. Прежде всего, следует выяснить, какие раздражители вызывают у ребенка приятные эмоции, а какие – неприятные.

Стимуляция может охватывать как все тело ребенка, так и отдельные его части, например, кисть руки. При развитии осязания следует переходить от мягкого к твердому, используя контрасты между грубой структурой материала и гладкой. Ребенка можно укладывать на пеленки, простыни, полотенца разной фактуры, погружать полностью (или только руки, ноги) в воду, шариковый бассейн, песок, ил, листву, стружку, сено, стручки фасоли, семена, зерна, каштаны, нарезанную бумагу и т.п. Благодаря этим погружениям и спонтанным манипуляциям в них у ребенка развиваются психомоторные навыки.

Тактильную стимуляцию можно проводить с помощью кусочка меха, ваты, кисточки, щетки, перышка, губки, а также посредством втирания крема, поглаживания, постукивания, пощипывания, покалывания. Много приятных

эмоций может доставить прохождение через «душ чувств» – своеобразные занавеси из газовых шарфов, лент, деревянных подвесок.

Процессы усвоения ребенком новых знаний, а затем приспособления к новым обстоятельствам психолог Жан Пиаже обозначил терминами «ассимиляция» и «аккомодация». Под ассимиляцией подразумевается овладение ребенком с помощью осязания и движений новым опытом. Аккомодация – это изменение на основе этих знаний поведения в новых ситуациях, предъявляющих иные требования. В течение всей жизни ассимиляция и аккомодация постоянно взаимодействуют. Поскольку действия ребенка приводят к различным результатам в разных ситуациях, он учится отличать неодинаковые впечатления друг от друга. Например, сосание груди матери (или соски на бутылочке с молочной смесью) связывается с получением пищи, а сосание пальца приносит ему иное удовлетворение. Постепенно он усваивает, что плач – это сигнал взрослым, который помогает получить помощь и пищу. Позднее плач становится неодинаковым и родители учатся улавливать его оттенки. Скорость удовлетворения потребности ребенка и постоянство, с которым это делают ухаживающие за ним взрослые, позволяют малышу ощутить первые простые связи в повседневной жизни.

Реакции ребенка (моргание, вздрагивание, улыбка, поворот и др.) не являются самоцелью, но по ним можно контролировать его ощущения. Однако следует иметь в виду, что такой ребенок реагирует на внезапный шум или на неожиданное и неосторожное приближение человека, оказавшегося в поле его зрения усиленным мышечным сокращением. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать усиление спазма. При *атетозной форме*, если ребенок чувствует к какому-либо человеку симпатию и расположение, его руки и голова начинают совершать буйные вращательные движения.

При общении с такими детьми следует постоянно помнить об их повышенной чувствительности и избегать внезапных, резких, сильных сенсорных и эмоциональных раздражителей. Чувствительность по отношению к тем или иным сенсорным впечатлениям, которая обычно локализуется только в лице и голове, у таких детей распространяется на все тело. В связи с этим прикасаться к конечностям больных детей надо с той же сдержанностью и осторожностью, как к лицу другого человека. Такому ребенку всегда необходимо говорить о своем присутствии, приближаться тихими шагами и сообщать заранее, что вы собираетесь сделать.

Игра ребенка со своим телом и близко лежащими предметами приносит ему огромный осязательный опыт. Прикасаясь к ним, малыш замечает, что различные материалы дают разные ощущения. На их основе ребенок усваивает, что такое собственное тело и что такое окружающая среда. Прежде чем ребенок научится передвигаться самостоятельно, можно самим стимулировать его к новым играм. Возможность увидеть что-то новое вокруг себя расширяет сферу восприятия ребенка, делает периоды бодрствования более интересными, способствует росту любознательности и активности. Однако не менее важно следить за тем, чтобы ребенок, нуждающийся в отдыхе, находился в спокойных условиях. Несомненно, уставший ребенок почти всегда засыпает, тем не менее, оптимальное соотношение отдыха и стимулирования – очень существенный фактор его развития.

Осязательно-двигательный опыт развивает способность ребенка использовать свои органы чувств. Он становится более деятельным. Игрушки, которые он видит и начинает доставать, служат объектами воздействия. Активность, которая радует ребенка и стимулирует его к новым играм, очень важна, поскольку она закладывает базовый опыт, приводящий постепенно к пониманию причинно-следственных связей. Часто опыт, которым располагают дети, недостаточен. По мере того как в окружающем появляются совершенно незнакомые предметы, от него можно ожидать новых реакций. Некоторые из этих предметов он принимает осторожно, новое встречается с долей страха. Однако для каждого ребенка характерны большие индивидуальные различия, проявляющиеся в новой среде и при знакомстве с новыми вещами.

Дофонемный этап ставит своей целью формирование у детей акустических образов неречевых звучаний на сенсорно-перцептивном уровне, включающем развитие слуховых ощущений и процесса восприятия. Для достижения поставленной цели проводятся мероприятия лечебно-профилактического (по назначению врача-отоларинголога) и коррекционно-педагогического характера (логопедические занятия). При их проведении следует учитывать такие моменты:

- соответствие звукового материала (частотного диапазона неречевых звучаний и уровней интенсивности звуковой активности) слуховым возможностям детей: вначале отбираются более громкие, низкочастотные звучания (например, барабан), а затем – тихие, высокочастотные (шарманка);

- значимость звукового материала, т.е. соотнесенность с конкретным предметом, действием или их изображением, значимым для ребенка (звонок в дверь или телефона);

- последовательность ознакомления с акустическими невербальными стимулами: от знакомых к малоизвестным (что шумит, кто стучит?);

- постепенность нарастания сложности предъявляемых на слух неречевых звучаний: от контрастных акустических сигналов к близким, сходным;

- разнообразие видов работ (выполнение инструкций, ответы на вопросы, подвижные и дидактические игры и т.д.) и наглядных средств обучения, повышающих познавательные интересы детей (натуральные звучащие предметы, иллюстративный материал, технические устройства в виде магнитофонов, диктофонов для воспроизведения различных неречевых звучаний: голосов животных, птиц, звуков неживой природы, музыки). Звуковая игра в прятки «Где звенит?»: найти спрятанный в комнате предмет (заводная игрушка, будильник и пр.) по его звучанию.

Развитие неречевого слуха осуществляется поэтапно:

1. Активизация слуховых ощущений, слухового внимания путем выработки двигательной и вербальной реакций на слышимый звук (стук, звон, писк и т.п.).

2. Дифференциация слуховых ощущений (обнаружение одинаковых и различных акустических сигналов).

3. Развитие слухового внимания и памяти.

4. Формирование невербального слухового восприятия (первичных звуковых образов).

5. Формирование слухового внимания, памяти и слухового контроля.

Это реализуется в процессе работы над ритмом, темпом движений (без музыкального сопровождения и под музыку), слухо-двигательным контролем, а также путем узнавания и дифференциации неречевых звуков, а именно:

- по характеру звучания (используются шумы: бытовые, городские, эмоциональные проявления человека, голоса животных и птиц, музыкальные звуки);

- по акустическим свойствам (громкости, длительности, высоте);

- по количеству звучаний и звучащих предметов (количеству последовательных однородных сигналов; последовательных контрастных

сигналов; предметов, последовательно воспроизводящих контрастные звучания; предметов, одновременно воспроизводящих контрастные звучания);

- по направлению звучания (при расположении источника звучания спереди или / и сзади, справа или / и слева);

- по тембру звучаний – при прослушивании аудиозаписи (например, грохота грома, мяуканья кошки, громкого стука, пения жаворонка) определяется эмоциональная окрашенность услышанного.

Классическая музыка близка к естественным ритмам природы, поэтому к ее прослушиванию следует обращаться как можно раньше и чаще и шире использовать в коррекционной работе хотя бы как музыкальный фон. В настоящее время в продаже можно найти музыкальные диски со специально подобранными произведениями для прослушивания беременными женщинами и детьми раннего возраста: «Классика для малышей», «Слушаем, обучаемся и растем вместе с Моцартом – музыка для стимуляции и вдохновения юных умов» и др.

Умения воспринимать, дифференцировать, запоминать неречевые звучания, а также выполнять темпо-ритмические движения под музыку являются базовыми для развития речевого слуха и выразительной устной речи.

В раннем и младшем возрасте наблюдается выраженная зависимость развития артикуляции от состояния рефлекторной сферы. В дальнейшем влияние патологических рефлексов по мере совершенствования речевой функциональной системы несколько ослабевает и маскируется компенсаторными и псевдокомпенсаторными реакциями. В этих условиях артикуляционный праксис формируется замедленно и искаженно, что наряду с другими симптомами дизартрии речи приводит к стойким дефектам произношения звуков.

Коррекция моторики лица и артикуляторного аппарата направлена на нормализацию тонуса мышц, снятие паретичности, степени проявления спастического пареза, вялости, уменьшение гиперкинезов, атаксии, ригидности, развитие подвижности органов артикуляции, возможности установления фиксированных положений органов артикуляции, выработку целенаправленной воздушной струи.

Для этого используются дифференцированный логопедический массаж лицевой, губной и язычной мускулатуры (расслабляющий или стимулирующий), точечный массаж, пассивная и элементы активной артикуляционной гимнастики, искусственная локальная контрастотермия (чередование холодного – теплого),

комплекс упражнений на дутье, логоритмика. Широкое применение могут найти кольца для зубов, так называемые «прорезыватели», которые изготавливаются не только с разной твердостью поверхности, но и с различными фруктово-ягодными ароматами и приятными звуками, которые они издадут при накасывании.

При выборе методики артикуляционной гимнастики важен учет особенностей возрастной моторики. Для еще неговорящего ребенка работа строится по принципу развития и упорядочивания ритмических движений на базе уже имеющихся автоматических движений, с которыми физиологически связана речевая функция. Эти неречевые движения, сформированные из безусловных реакций, превращаются в речевые, условные.

Занятия ведутся по схеме: вначале воспитываются грубые, диффузные движения упражняемых органов. По мере их усвоения переходят к выработке более дифференцированных движений в этой области. Торможение неправильных движений достигается использованием зрительного контроля, а также введением в работу ритма: отдельные движения губ, языка, мягкого неба, глотки, голосовых связок, дыхательных мышц ограничиваются определенной длительностью и прерываются паузами такой же длительности согласно отбиваемому рукой такту.

Нарушения звукопроизводительной стороны речи при ДЦП проявляется в виде различных форм дизартрии. Логопедическая работа дифференцируется в зависимости от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.

При *бульбарной дизартрии* наблюдаются атрофия, атония мышц речевого аппарата (языка, губ, мягкого неба и глотки, гортани, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных). Снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс, на их вызывание, в первую очередь, направляются усилия специалиста.

При *псевдобульбарной дизартрии* обычно преобладает ее спастический вариант. Основной задачей при этом является предварительное снижение мышечного тонуса в речевой и скелетной мускулатуре.

При *экстрапирамидной дизартрии* имеет место непостоянное повышение мышечного тонуса по типу тонических спазмов и насильственные движения резко затрудняют артикуляцию, фонацию и голосообразование. Логопедическая работа начинается с их устранения. При этой форме дизартрии часто наблюдается нарушение слуха по типу нейросенсорной тугоухости, где, прежде всего, страдает слух на высокие тона.

При *мозжечковой дизартрии* важно развивать точность артикуляционных движений и их ощущений, развивать интонационно-ритмическую и мелодическую стороны речи, работать над синхронизацией процессов артикуляции, дыхания и голосообразования.

Артикуляционные упражнения подбираются в соответствии с характером дефекта произношения и целесообразности рекомендуемых движений для правильного произнесения данного звука. Упражнять надо лишь движения, нуждающиеся в исправлении, и только необходимые для данного звука. Упражнения должны быть целенаправленными: важно не их количество, а правильный подбор упражнений и качество выполнения. Недостаточно только отобрать нуждающиеся в коррекции движения, нужно научить ребенка правильно применять соответствующие движения, выработать точность, чистоту, плавность, силу, темп, устойчивость перехода от одного движения к другому.

В сочетании с массажем органов артикуляции и традиционной артикуляционной гимнастикой можно использовать комплексы упражнений для развития жевательных и мимических мышц лица; элементы *миогимнастики*, разработанной в ортодонтии в целях формирования и нормализации функции лицевых мышц при коррекции прикуса. Миогимнастика с использованием специальных приспособлений (активаторы, пластинки, межгубные кольца) рекомендуется в логопедической работе для развития круговой мышцы рта, лабилизации губ при произнесении гласных и согласных звуков, предотвращения слюнотечения. Активаторы изготовлены из специальной жесткой проволоки, на концах которой прикреплены пластмассовые площадки для губ. Ребенок смыкает зубы и удерживает активатор губами, сопротивление проволоки усиливает сжатие губ, что сдерживает саливацию (обильное слюнотечение), а также облегчает логопедическую работу.

В современной стоматологической практике работа по исправлению неправильного прикуса может начинаться еще до появления молочных зубов. Это очень важно, так как патологии молочного прикуса провоцируют более грубые и стойкие нарушения звуковой стороны речи, чем зубочелюстные аномалии, проявившиеся только в постоянном прикусе. Констатируется, что у детей школьного возраста, имеющих патологии постоянного прикуса, дефекты звукопроизношения встречаются в два-три раза реже, чем у дошкольников с выраженными аномалиями молочного прикуса. Следовательно, чем раньше выявляется патология языка, губ или зубочелюстной системы и начинается

комплексная работа по устранению дефектов артикуляционных органов, исправлению нарушений звукопроизношения и развитию фонематического восприятия, тем быстрее и эффективнее можно добиться положительных результатов.

Одной из главных целей воспитания детей с двигательными нарушениями выступает *развитие самостоятельности в окружающей обстановке*. В социальной адаптации существует два направления:

1. Адаптация ребенка к среде.
2. Приспособление окружающей обстановки к ребенку.

Функциональный уровень ребенка может быть значительно повышен за счет специальных средств и приспособлений, способствующих созданию «безбарьерной среды» – оптимальных условий для развития самостоятельности в повседневной жизни, используя вспомогательные средства для облегчения процесса еды, питья, одевания и других навыков самообслуживания.

Для того чтобы добиться более удобного положения во время приема пищи или учебных занятий, необходимо провести регулировку высоты стола и сидений. Кроме специальных механических устройств это можно сделать путем насадок на ножки мебели, разнообразных накладок и подстилок. В некоторых случаях преодолеть трудности дотягивания до отдельных предметов и взятия их в руки позволяет использование магнитов. Это, а также жесткое стационарное закрепление мебели, отдельных видов посуды и учебного оборудования, установка ограничителей будет способствовать развитию у ребенка чувства уверенности и безопасности.

Четко установленный режим дня будет направлен на устранение проблем концентрации внимания. Ребенок может чувствовать себя спокойно, зная точно, что произойдет в любое время. Однако всегда должно быть место для инициативы ребенка в отношении незапланированной деятельности. При первых признаках астении самым лучшим способом для таких детей будет смена активности, а не полного покоя. Например, отдыхом в процессе рисования или иной ручной деятельности могут быть упражнения на дутье с целью выработки правильного речевого дыхания.

В рекомендациях для каждого ребенка особое внимание следует уделять соблюдению режима дня: прогулки, своевременный достаточный сон, чередование умственных и физических нагрузок, соблюдение регламента проведения занятий.

Таким образом, в отношении детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата ранняя помощь предполагает применение специальных методов, приемов и средств для

- нормализации тонуса мышц;
- подавления патологических тонических рефлексов;
- развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов;
- стимуляции «комплекса оживления», голосовых реакций, звуковой и речевой активности;
- проведения базальной стимуляции;
- организации проприоцептивной деятельности;
- развития опорной, указывающей, отталкивающей и хватательной функции руки;
- становление и обогащение сенсомоторного опыта;
- формирование навыков самообслуживания и др.

Литература для самообразования

1. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицина и И.И. Мамайчук. – СПб.: Изд-во «Дидактиос Плюс». – 2003.
2. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста с интеллектуальными и двигательными нарушениями развития: Программа и методические рекомендации / Авт.- сот Жаврид Ю.В. Мн., 2000.
3. Левченко, И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько. – М., 2001.
4. Приходько, О.Г. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. / О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева. – М.: Полиграф сервис, 2003.
5. Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. / И.А. Смирнова – СПб, 2003.
6. Смирнова, И.А. Наш особенный ребенок: Книга для родителей ребенка с ДЦП. / И.А. Смирнова – СПб.: Каро, 2006.
7. Финни, Ненси Р. Уход за ребенком с церебральным параличом. Книга для родителей./ Ненси Р. Финни. – Минск: Минсктиппроект, 2003.
8. Хольц, Ренате. Помощь детям с церебральным параличом. Изд. 2-е стер.

/Ренате Хольц. Пер. с нем. А.Н. Неговориной; Под ред. и с предисловием Е.В. Клочковой. – М.: Теревинф, 2007.

9. Шипицина, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата./ Л.М. Шипицина, Л.М., И.И. Мамайчук – М., 2004.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ