



Мастюкова Е. М., Московкина А. Г.

Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И.Селиверстова. — М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — 408 с.

ISBN 5-691-01100-6.

Учебное пособие содержит сведения о современных технологиях воспитания в семье ребенка с отклонениями в развитии: сенсорными нарушениями, интеллектуальной недостаточностью, речевыми расстройствами, нарушениями опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы и поведения. Особое внимание уделяется взаимодействию специалистов и родителей детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, формам его организации.

Помимо практических вопросов рассматриваются теоретические обоснования семейного воспитания детей с отклонениями в развитии.

УДК 37.0(075.8) ББК74.90я73

#### Оглавление

Введение.....	3
Глава I. Теоретические основы семейного воспитания детей с отклонениями в развитии.....	5
Теории семейных систем, социально-экологическая модель семьи.....	6
Структура семьи .....	7
Модели семейных взаимодействий.....	9
Жизненный цикл семьи .....	17
Семейные функции.....	18
Вопросы и задания.....	20
Глава II. Концепции семейного воспитания детей с отклонениями в развитии.....	21
Исторический аспект.....	22
Современные подходы к проблеме семейного воспитания.....	28
Концепция нормализации семейной жизни.....	30
Концепция семейного воспитания «Особые дети в России».....	33

<i>Вопросы и задания</i> .....	36
Глава III. Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями.....	37
Информация, которую можно получить от родителей .....	38
Информация, которую можно получить от ребенка.....	45
Информация, которую можно получить при обследовании семьи .....	48
<i>Вопросы и задания</i> .....	52
Глава IV. Семья нестандартного ребенка.....	53
Интеграционные тенденции.....	54
Реакции родителей.....	55
Общие проблемы.....	58
Семьи группы риска .....	73
Семейный алкоголизм и алкогольный синдром плода (АСП).....	73
Особенности воспитания ребенка в многодетной семье.....	74
Семья ребенка с шизофренией.....	75
Приемный ребенок в семье.....	76
Семья аутичного ребенка.....	78
Одаренный ребенок в семье .....	80
Проблема жестокого обращения с ребенком в семье.....	81
<i>Вопросы и задания</i> .....	89
Глава V. Психотерапия в коррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии.....	91
Психотерапия детей дошкольного возраста.....	92
Арттерапевтические методы психотерапии и психокоррекции.....	94
Психотерапевтическая работа с семьей.....	101
Психогигиена семейного воспитания.....	104
Другие виды помощи семье.....	111
Медико-генетическое консультирование (МГК).....	111
Общественные организации, центры ранней помощи.....	115
<i>Вопросы и задания</i> .....	118
Глава VI. Основы компенсирующего воспитания в семье детей с отклонениями в развитии.....	119
Роль семьи в коррекционном воспитании ребенка.....	120
Основные положения коррекционной работы.....	121
Новые технологии обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.....	123
Основные формы взаимодействия специалистов и родителей.....	135
Задачи и формы коррекционного воспитания ребенка с отклонениями в развитии в семье .....	137
Режим для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии .....	145
Развитие у ребенка навыков самообслуживания.....	148
Обучение малыша навыкам опрятности.....	149
Развитие сенсорных функций и различных видов памяти ..	153
Развитие познавательной деятельности, речи и навыков общения.....	158
Развитие игровых навыков.....	160
Помощь ребенку в совершенствовании двигательных функций и ориентации в пространстве.....	164
Формирование предпосылок к обучению чтению и письму ....	167
Психомоторно-ориентированное стимулирование при помощи лечебно-педагогической вольтижировки.....	168
Организация ранней лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии.....	171

<i>Вопросы и задания</i> .....	174
Глава VII. Ребенок с проблемами интеллектуального развития в семье.....	175
Положение ребенка в семье.....	176
Стереотипы отношения к умственно отсталому ребенку учителей и родителей ....	178
Помощь специалиста в воспитании умственно отсталого ребенка в семье.....	182
Основные направления в работе специалистов с семьей.....	184
Формы психокоррекционной работы специалистов ГОУ с семьями, имеющими детей с нарушениями интеллекта ...	186
Информация для родителей, воспитывающих детей с нарушениями интеллекта .....	188
Особые формы отклонений в развитии: синдром Дауна (188); синдром Рубенштейна-Тейби (205); синдром Нуна (208); синдром Вильямса («лицо эльфа») (211); синдром Корнелии де Ланге (212); синдром Ретта.....	213
<i>Вопросы и задания</i> .....	218
Глава VIII. Ребенок с нарушением зрения в семье.....	219
Нарушение зрительных функций на первом году жизни ....	220
Позиция родителей детей с нарушенным зрением .....	226
Помощь специалистов родителям.....	229
Общие стратегии нормализации жизни семьи .....	234
Некоторые стратегии воспитания и обучения слепого ребенка .....	234
Некоторые особенности эмоционального развития ребенка с нарушением зрения.....	236
Особенности интеллектуального развития .....	238
Работа специалистов детского сада с родителями .....	241
<i>Вопросы и задания</i> .....	241
Глава IX. Ребенок с нарушением слуха в семье.....	243
Причины нарушения слуха.....	244
Особенности реакции на звук в младенческом возрасте ...	245
Особенности моторики.....	246
Особенности игры.....	247
Особенности поведения.....	247
Особенности интеллектуального развития и речи.....	248
Дополнительные нарушения.....	250
Подходы и методы коррекционного воспитания.....	251
Семейное воспитание.....	252
Общие закономерности развития при дефектах сенсорной сферы .....	255
<i>Вопросы и задания</i> .....	257
Глава X. Ребенок с нарушением коммуникативного поведения в семье.....	259
Развитие общения в раннем возрасте.....	260
Аутизм.....	262
Негативизм.....	271
Темы бесед с родителями аутичного ребенка .....	275
Взаимодействие специалистов и родителей в работе с аутичными детьми .....	279
Опыт клубной работы с детьми с нарушениями общения в ИКП РАО .....	283
Ранняя детская шизофрения.....	287
Воспитание в семье ребенка с дефицитом внимания и гиперактивным поведением.....	289
<i>Вопросы и задания</i> .....	302
Глава XI. Ребенок с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в семье.....	303

Воспитание в семье ребенка с детским церебральным параличом .....	304
Ребенок с миодистрофией Дюшенна в семье.....	331
<i>Вопросы и задания</i> .....	335
Глава XII. Ребенок с нарушениями речевого развития в семье.....	337
Причины речевых нарушений .....	338
Основные функции речи.....	339
Оценка речевых трудностей психоречевого развития у детей раннего возраста (информация для родителей).....	340
Ранняя стимуляция доречевого и раннего речевого развития ..	345
Логопедическая работа .....	350
<i>Вопросы и задания</i> .....	352
Приложения.....	353
I. Обследование коммуникативного поведения.....	354
II. Вопросы интервью для исследования структуры семейной системы.....	355
III. Особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить физическое насилие....	356
IV. Медикаментозное лечение остаточных явлений органического поражения ЦНС и психических расстройств у детей.....	361
V. Программа создания единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии.....	375
VI. Примерная учебная программа для студентов высших учебных заведений по дисциплине Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии».....	385
Литература.....	397

## Введение

Квалифицированная помощь со стороны семьи детям с особенностями в развитии существенно дополняет комплекс лечебно-педагогических мероприятий. В настоящее время издается достаточно репрезентативной литературы для родителей. Однако было бы неверно полагать, что, прочитав эту литературу, родители смогут самостоятельно овладеть всеми необходимыми приемами и навыками без помощи и поддержки специалистов.

В большинстве случаев родителям, не получившим специальную подготовку, очень трудно оценить возможности ребенка и ситуацию. Сотрудничество со специалистами необходимо не только для получения конкретных навыков и умений, но и для личностного роста самих родителей, которые становятся равноправными партнерами специалистов, а в чем-то могут и превзойти их. *Родители*, движимые чувством любви к ребенку, способны индивидуализировать, дополнить, расширить и развить предлагаемые специалистом методы обучения, проявить творчество и изобретательность в деле воспитания своего ребенка, взять на себя огромный повседневный труд помощи ребенку.

Большая ответственность за результат коррекционно-воспитательной работы лежит на *специалистах* — *дефектолога*, *врача*, *воспитателя*, *педагога*, *психолога*, *логопеда*. Новые педагогические технологии воспитания и обучения «особых» детей еще более расширяют зону ответственности, включая в нее специалистов массовых детских учреждений, родителей здоровых детей и все общество в целом.

Нередко *учителя* и *воспитатели массовых учреждений* проявляют нетерпимость к «нестандартному» ребенку. Они не могут оказать квалифицированную помощь родителям, наладить отношения «особого» ребенка с детским коллективом. Един-

ственным желанием у них является изолировать не такого как все ребенка от сверстников, направив его в какое-либо учреждение для аномальных детей.

Действительно, в ряде случаев это правомерно, так как именно в этих учреждениях детям с нарушением слуха, зрения, речи, интеллекта, моторики могут обеспечить наиболее эффективную коррекционную помощь.

Однако далеко не каждый ребенок с особенностями в развитии должен воспитываться только в специальном детском учреждении. Существует много категорий детей с резко выра-

3

женными дефектами, а также детей, у которых отклонения в развитии сочетаются с различными заболеваниями внутренних органов, что требует определенного ухода. Для таких детей необходимо домашнее воспитание, не исключающее в то же время посещения массовых дошкольных и школьных учреждений. В настоящее время имеется *гибкая система интеграции* «особого» ребенка в массовые детские учреждения. В зависимости от состояния здоровья ребенка и возможностей семьи она бывает *частичной, полной, комбинированной*, что предоставляет родителям свободу выбора оптимальных условий развития ребенка, а сделать этот выбор помогут специалисты.

Необходимость учебного пособия, посвященного *проблеме взаимодействия специалистов и семьи* в воспитании детей с особенностями в развитии, определяется более ранним и активным участием родителей в коррекционной работе. Это связано с тем, что в настоящее время *социально приемлемым* является *воспитание «особых» детей в семье с самого их рождения*.

Специалисты имеют уникальную возможность опереться в своей работе на самых заинтересованных в ее успешности людей — родителей, которые становятся их партнерами.

Родители, в свою очередь, овладевают инструментарием, необходимым для эффективной помощи собственным детям.

*Цель* настоящего пособия — помочь будущим специалистам в области специальной психологии и педагогики овладеть знаниями и навыками, необходимыми для работы с семьей.

Книга может быть полезна педагогам-дефектологам, воспитателям специальных и общеобразовательных учреждений, логопедам, психологам, врачам-психоневрологам, семейным врачам, родителям и широкому читателю.

*Пособие состоит* из 12 глав, имеет теоретические и практические разделы, как общие, так и посвященные конкретным формам отклонений в развитии, и методам их компенсации при совместной работе специалистов и родителей.

4

## **ГЛАВА 1**

### **Теоретические основы семейного воспитания детей с отклонениями в развитии Теории семейных систем, социально-экологическая модель семьи**

С точки зрения теории систем семья является живой системой и, как все живые системы, состоит из независимых частей, взаимодействие которых обеспечивает такие свойства системы, которыми ни одна из частей не обладает. Поэтому поведение и потребности членов семьи невозможно правильно понять, если рассматривать их изолированно от окружающей среды.

Семья — это нечто большее, чем простая сумма ее составляющих. Отдельные характеристики семьи можно понять, только изучив взаимоотношения между ее членами и взаимодействие ее различных параметров.

В соответствии с концепцией системного подхода выделяют структуру семьи, семейные взаимодействия, семейные функции и жизненный цикл семьи. Структура семьи

включает ресурсы семьи и характеристику ее отдельных членов. Это вход системы, формирующий семейные, культурные и идеологические стили семьи и семейные взаимодействия. В процессе семейных взаимодействий семья выполняет свои функции и удовлетворяет свои потребности. Семейные функции — это деятельность, которую семья выполняет, чтобы удовлетворить свои коллективные и индивидуальные потребности. Ее семейные функции являются выходом системы. Наконец, семья как целое постоянно изменяется по мере продвижения по стадиям своего жизненного цикла (рис. 1).



Рис. 1. Система семьи

6

Дополнением и развитием теории семейных систем является социально-экологическая модель семьи. Рассмотрение семьи в социально-экологическом аспекте было предложено в 1970 г. американскими учеными. Экологическая модель включает биологические и физические параметры организма и окружения вместе с психосоциальными характеристиками и их взаимодействиями в единую систему. Изменение в любой части этой системы вызывает изменения в остальных ее частях, создавая тем самым стрессы, потребность в семейной адаптации, достижении равновесия. 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 его непосредственным окружением (семьей, близкими людьми, специалистами) самым тесным образом зависит от того, каким способом происходит опосредование этого взаимодействия средствами более широкого социального окружения.

#### Структура семьи

Разные семьи отличаются друг от друга по своей структуре: по своему составу, культурному и идеологическому стилю каждая семья является уникальной, что, в свою очередь, обуславливает уникальность процесса семейных взаимоотношений.

При этом наличие в семье ребенка с отклонением в развитии рассматривается лишь как одна из многочисленных особенностей структуры семьи.

*Характеристики членов семьи.* Специальные исследования показали, что этот параметр не является постоянным и изменяется во времени по мере продвижения семьи по стадиям своего жизненного цикла: в семье появляются новые члены, из нее уходят взрослые дети. В семье могут быть потери в связи со смертью ее членов. Меняется не только состав, но и возраст и другие характеристики семьи. Эти изменения влияют на успешность семейных взаимодействий.

*Культурный стиль семьи.* Этот параметр структуры семьи включает особенности, связанные с этническими и расовыми факторами, различиями в религиозной принадлежности, социально-экономическом и образовательном статусе. Культурный стиль является наиболее статическим компонентом семейной

7

системы. Он непосредственно влияет на формирование семейного идеологического стиля, способов семейного взаимодействия и функциональных приоритетов.

*Идеологический стиль семьи.* Он складывается из верований, убеждений, ценностных ориентиров и адаптивности поведения. На него влияет, как уже подчеркивалось выше, культурный стиль. Например, бедные семьи из-за финансовой нестабильности и невозможности контролировать условия окружающей жизни имеют низкий уровень планирования будущего. Или другой пример: еврейские семьи имеют тенденцию высоко ценить образование и интеллектуальные достижения. Итальянские семьи больше ценят семейную сплоченность, эмоциональную близость и любовь, поэтому поступление ребенка в колледж, территориально удаленный от места жительства, может восприниматься последним чуть ли не как угроза семейной стабильности. Еще одним примером может служить то, что представители среднего класса осуществляют контроль над своими детьми, развивая их внутренний контроль и инициативу, не требуя слепого подчинения власти. Все эти характеристики влияют на то, как семья взаимодействует с ребенком с отклонением в развитии, и на способы влияния такого ребенка на семью. Идеологический стиль семьи является критерием в выборе способов адаптации семьи и сильно влияет на способность семьи успешно функционировать на протяжении всего жизненного цикла.

Преодолевая хронический стресс, связанный с воспитанием нестандартного ребенка, семья использует различные *стратегии*, которые делят на *внутренние* и *внешние*. Любая стратегия семейной жизни заключается прежде всего в оценке ситуации в плане возможности ее изменения. В противном случае приходится изменять восприятие данной ситуации, т. е. примириться с ней.

#### *Внутренние стратегии*

◆ *Пассивная позиция.* Такая позиция является «страусиной» и заключается в избегании поиска решения проблемы. Она основана на надежде, что все уладится само собой. Что бы ни случилось — все воспринимается как должное.

◆ *Активная позиция.* Такая позиция заключается в способности идентифицировать те условия, которые можно из-

8

менить, и активной деятельности по их изменению, атак-же в способности идентифицировать условия, которые изменить невозможно на данный момент и принять их как данность.

#### *Внешние стратегии*

Такие стратегии основываются на умении опираться на экстрасемейные подсистемы, т. е. на индивидуумов и учреждения, не входящие в систему семьи:

◆ Умение находить и использовать *помощь других людей* — соседей, друзей, других семей, имеющих или не имеющих сходные проблемы.

◆ Способность находить *духовную поддержку* — советы и помощь религиозных деятелей, участвовать в работе религиозных институтов.

•> Умение использовать *ресурсы государственной поддержки*. Разные виды поддержки неодинаково используются на разных этапах жизненного цикла. Как показывают специальные исследования, духовная и общественная поддержка реже используется в полном объеме молодыми супружескими парами, чем парами более старшего возраста.

#### Модели семейных взаимодействий

Дети с ограниченными возможностями живут и развиваются в контексте семьи, где любое событие, происходящее с одним человеком, непременно затрагивает остальных. Семейные взаимоотношения можно рассматривать в системе четырех понятий: *подсистемы, сплоченности, адаптивности, коммуникации*.

Внутри каждой семьи выделяют четыре *подсистемы*: •> *Супружеская* (муж — жена)

◆ *Родительская* (родитель — ребенок) ◆> *Сибсовая* (брат — сестра)

◆◆◆ *Расширенная семейная* (экстрасемейная) — взаимодействие с друзьями, профессионалами и др. Ребенок с отклонениями в развитии нарушает все четыре подсистемы. При этом нарушение хотя бы одной из подсистем вызывает изменение и во всех остальных.

Подсистемы описывают, кто и с кем взаимодействует в семье, а сплоченность и адаптивность определяет то, как происходит взаимодействие. *Сплоченность* обычно описывается с

9

помощью двух полярных состояний: *переплетенности* ^ *разобщенности*.

Семьи, имеющие слабые границы между подсистемами, являются сильно переплетенными и обычно характеризуются гиперопекой и гипервовлеченностью членов семьи в жизнь друг друга. Такая семья, имеющая ребенка-инвалида, испытывает сильный страх перед самостоятельными действиями ребенка, что мешает развитию у него способности действовать и жить независимо. Напротив, в разобщенных семьях границы между подсистемами и вовлеченность некоторых членов семьи в жизнь больного ребенка и тех, кто его окружает, может быть сведена до минимума (например, отец, который избегает супружеских и родительских взаимодействий из-за отклонений развития ребенка). Нормально функционирующие семьи характеризуются балансом между переплетенностью и разобщенностью. Члены такой семьи способны как на тесные связи, так и на определенную автономию.

*Адаптивность* (гибкость) связана со способностью изменяться в ответ на стрессовую ситуацию. Ригидные семьи испытывают трудности, приспособляясь к новой ситуации, связанной с необходимостью заботиться о ребенке со значительными нарушениями развития. Например, жесткая роль отца-кормильца не позволит ему разделить с женой тяжесть домашних хлопот, занятий с ребенком. В этом случае мать, заботясь о ребенке, будет вынуждена посвящать ему все свои силы, оставляя без внимания других членов семьи. Такая семья окажется подверженной дисфункциональным состояниям.

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.

Проблемы *коммуникации* возникают в процессе взаимодействия людей. Зачастую члены семьи считают одного человека (например, ребенка с отклонениями в развитии) единственным источником их собственных проблем и пытаются тем самым уменьшить степень собственного беспокойства. Членов семьи не следует обвинять за подобную практику, им следует помочь в понимании того, что их проблемы не объясняются такими простыми причинно-следственными факторами.

10

Семья, как известно, является для ребенка наименее ограничивающим, наиболее мягким социальным окружением. Ситуация, когда в семье есть ребенок с особенностями развития, может привести к созданию более жесткого окружения, необходимого членам семьи для выполнения своих функций. Присутствие ребенка с нарушениями в развитии в сочетании с другими факторами может сократить возможности для заработка и отдыха. Увеличение нагрузки на одну из функций или ролей сказывается на множестве других функций или ролей членов семьи. Необходимо различать желание родителей и их подготовленность к определенной роли. Специалисты, работающие с детьми, порой создают дополнительный стресс для семьи, когда возлагают на родителей такие обязанности, с которыми те не в силах справиться.

Циркулярная модель семейных взаимодействий Олсона

Одной из наиболее известных моделей семейных взаимодействий является циркулярная модель Олсона (рис. 2).

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.



Рис. 2. Модель структуры семьи по Олсону

11

Выделяют *четыре уровня сплоченности*, отражающей степень эмоциональной близости между членами семьи: Ф низкий—*разобщенный*; •> низкий к умеренному — *разделенный*; •> умеренный к высокому — *связанный*; ♦;• чрезмерно высокий — *запутанный* (переплетенный).

Семейная гибкость (адаптивность) характеризуется количеством изменений в семейном руководстве, в семейных ролях и правилах, определяющих взаимоотношения.

Выделяют *четыре уровня гибкости* (адаптивности) семейных взаимоотношений: ♦;♦ *ригидный* — очень низкий; ♦j. *структурированный* — низкий к умеренному; ♦j» *гибкий* — умеренный; ♦♦♦ *хаотичный* — чрезмерно высокий.

*Центральные уровни* сплоченности и гибкости считаются сбалансированными и обеспечивающими оптимальное функционирование семьи. *Крайние значения* по этим шкалам рассматриваются как проблемные. Установлено, что семьи, приходящие на консультацию к психологу, обычно относятся к крайним типам.

Если *уровень сплоченности* членов семьи слишком *высок* (*запутанный*), то в такой семье крайне высоки требования эмоциональной близости и лояльности. Поэтому члены семьи не могут действовать самостоятельно. В таких семьях жесткие внешние границы и слабые внутренние между подсистемами и индивид уу мами.

Другая крайность — это *разобщенные семьи с низким уровнем сплоченности*. Члены такой семьи мало привязаны друг к ДРУГУ» имеют разные интересы и разных друзей.

Возможно, что члены такой семьи неспособны к установлению близких взаимоотношений и испытывают тревогу при сближении с другими людьми.

Члены семей *сбалансированных типов* способны, с одной стороны, быть достаточно независимыми, а с другой — иметь тесные связи со своей семьей.

Члены семьи с *разделенным* типом взаимоотношений имеют некоторую эмоциональную разделенность, но она не является такой крайней как в разобщенной семье.

*Связанный* тип семьи характеризуется эмоциональной близостью во взаимоотношениях. Члены семьи часто прово-

12

дят время вместе, однако их сплоченность не достигает степени запутанности, когда неприемлемы малейшие различия во мнениях.

Семейная система становится *ригидной*, когда она перестает отвечать на жизненно важные задачи, возникающие при продвижении семьи по стадиям жизненного цикла. Например, семья отказывается меняться и приспосабливаться к изменившейся ситуации (рождение, смерть). И, наоборот, хаотичное состояние может приобретаться в момент

семейного кризиса. Такое состояние может приобретать любая семья, но проблемным такое состояние становится лишь в том случае, если система застревает в нем надолго.

Благоприятным является *структурированный* тип семьи, при котором имеется демократическое руководство, учитывающее мнение всех членов семьи, в том числе мнение детей. Роли и внутрисемейные правила стабильны, но с возможностью их изменения.

*Гибкий* тип семейной системы также характеризуется демократическим типом руководства, активно включающим детей. Роли разделяются с другими членами семьи и меняются при необходимости. Очень важным является то, что члены семьи общаются между собой.

*Коммуникация* — это процесс передачи информации в семье, при котором важно умение активно слушать других, способность ясно выражать свои мысли и оказывать эмоциональную поддержку собеседнику.

Коммуникация может быть *закрытой, открытой* и *случайной*.

Наиболее оптимальным вариантом является *открытая* коммуникация.

Семья с *закрытой* коммуникацией характеризуется отсутствием дискуссий и скудным выражением эмоций.

При *случайной* коммуникации в семье все вопросы без исключения бурно обсуждаются.

Изменения в жизненном цикле семьи играют роль катализатора, изменяющего природу и качество семейных отношений. Как показывает опыт, более успешно функционируют те семьи, которым удается избегать крайностей, поддерживать баланс между стабильностью и переменами, эмоциональным единством и автономностью, между закрытой и случайной коммуникацией.

13

В зависимости от *соотношения сплоченности, гибкости* и *коммуникации* семьи подразделяются на сбалансированные, среднесбалансированные и несбалансированные.

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

Сбалансированность не является абсолютным показателем, так как, приспособившись к обстоятельствам, сбалансированные семьи могут временно переходить в разряд *среднесбалансированных* и несбалансированных. Однако лишь застревание надолго на крайних позициях приводит к нарушению функционирования.

Объективно складывающиеся взаимоотношения в семье характеризуют семейную целостность. В здоровой семейной структуре устанавливается подвижное равновесие, проявляющееся в оформлении психологических ролей каждого члена семьи, формирование семейного «мы», способности членов семьи самостоятельно решать противоречия и конфликты.

В *несбалансированных* семьях нарушается равновесие во взаимоотношениях, супруги стараются избежать изменений — развития семейного цикла и связанных с этим возможных тревог и потерь, либо, наоборот, взаимодействуют разобщенно, хаотично.

Т. М. Мишина выделяет три основных типа *нарушений супружеских взаимодействий* у «невротических супружеских пар»: с отношением соперничества, псевдосотрудничества и изоляции.

*Соперничество*

Структура отношений носит противоречивый, дружелюбно-враждебный характер. Оба партнера характеризуются незрелостью, несформированностью семейной роли и оказываются не в состоянии принимать на себя ответственность. Конфликты могут быть представлены как противоречия главным образом в сферах заботы и опеки.

*Псевдосотрудничество*

С внешней стороны отношения этого типа выглядят ровными и согласованными. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат во внесемейной сфере и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, касающимися работы или общения.

14

### *Изоляция*

В совместной деятельности супруги остаются эмоционально обособленными, оказываются не заинтересованными друг в друге как в муже и жене.

В основе семейных конфликтов, т. е. дисгармоничного взаимодействия, лежит неадекватность восприятия (Д. А. Петровская), незрелые отношения, служащие удовлетворению и поддержанию «невротических» потребностей в соперничестве, доминантности, защите, опеке (Т. М. Мишина).

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия и конфликты.

В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности (неспособность к согласованности в вопросах воспитания детей). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, неврастеническим реакциям ее членов, возникновению чувства постоянного беспокойства у детей.

Таким образом, дисгармония в супружеских отношениях создает *неблагоприятный фон* для эмоционального развития ребенка и может стать источником возникновения преневротического патохарактерологического радикала.

Помимо воздействия на развитие ребенка в семье со стороны супружеских отношений многими авторами изучались непосредственно детско-родительские отношения, типы воспитания в семье, позволяющие говорить о дисгармонии семейного воспитания.

Были выделены четыре *родительские установки* и соответствующие им типы поведения:

- ^«Принятие и любовь»;
- \*>«Явное отвержение»;
- ◆ «Излишняя требовательность»;
- ◆ «Чрезмерная опека».

Между поведением родителей и поведением детей прослеживается определенная зависимость: «принятие и любовь» порождают в ребенке чувство безопасности и способствуют нормальному развитию личности, «явное отвержение» ведет к агрессивности и эмоциональному недоразвитию. В. И. Гар-

15

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

Среди *неправильных типов воспитания*, приводящих к возникновению неврозов у детей, выделяют: •> *Отвергающее*. Оно обусловлено рядом осознаваемых и чаще неосознаваемых моментов. Суть его заключается либо в чрезмерной требовательности, жесткой регламентации и контроле, либо в недостатке контроля на почве попустительства. <• *Гиперсоциализирующее*. Возникает на почве мнительности родителей в отношении здоровья ребенка и других членов семьи, социального статуса ребенка среди сверстников и особенно его успехов в учебе, равно как и в отношении к социальному статусу других членов семьи. •2» *Эгоцентрическое*. Наблюдается в семьях с низким уровнем ответственности, когда ребенку навязывают представление «я большой» в качестве самодовлеющей ценности для окружающих.

А. И. Захаровым при исследовании семей, в которых дети страдали различными формами неврозов, выделены следующие *параметры воспитательного процесса*: •> *Интенсивность эмоционального контакта* родителей по отношению к детям:

- а) гиперопека;
- б) опека;
- в) принятие;
- г) неприятие. •> *Параметр контроля*:

- а) разрешительный;
- б) допускающий;
- в) ситуативный;
- г) ограниченный.

•> *Последовательность — непоследовательность.*

◆ *Аффективная устойчивость — неустойчивость.*

◆ *Тревожность — нетревожность.*

Кроме того, автор исследует различные сочетания этих параметров, их соотнесение с различными видами неврозов. Например, ограничительства, аффективная неустойчивость со стороны родителей приводят к развитию у ребенка невроза страха.

16

«Сверхпринятие» — к развитию истерического невроза. Выраженное ограничительство в отношении родителей к детям приводит к неврозу навязчивых состояний.

В общем виде выделяются следующие *черты патогенного воспитания*:

◆ *Низкая сплоченность и разногласия* членов семьи по вопросу воспитания.

◆ *Высокая степень противоречивости, непоследовательности, неадекватности.*

◆◆◆ *Выраженная степень опеки и ограничительства* в каких-либо сферах жизнедеятельности детей. *Повышенная стимуляция возможностей* детей, в связи с этим частое применение угроз, осуждений.

В работе А. Я. Варги описаны три неблагоприятных для ребенка *патогенных типа родительского отношения*:

◆ *Симбиотический.* •> *Авторитарный.*

•> *Эмоционально отвергающий.*

Последний характеризуется приписыванием ребенку болезненности, слабости, личностной несостоятельности. Это тип воспитания с отношением к ребенку как к «маленькому неудачнику».

Жизненный цикл семьи

Американский исследователь семьи Торнбалл в 1986 г. выделил пять *периодов, связанных со стрессом* на стадиях и переходах жизненного цикла семей, имеющих детей с отклонениями в развитии.

◆> *Рождение ребенка* — получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи.

◆ *Школьный возраст* — становление личностной точки зрения на форму обучения ребенка (интегрированное, специализированное обучение), хлопоты по устройству, переживание реакций сверстников, заботы по внешкольной деятельности ребенка.

◆ *Подростковый возраст* — привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связан-

17

ных с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отвержением, планирование будущей занятости ребенка.

\*•• *Период «выпуска»* — признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей социализации семьи инвалида.

•> *Постродительский период* — перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок был успешно выпущен из семьи) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

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

Маленькие дети с недостатками развития живут не в изоляции. Семья, являясь для них первичным социальным окружением, сама погружена в более широкий социальный контекст. В России социально-экологическая модель привлекает все больший интерес исследователей. Существует концепция проницаемости семьи во взаимодействии с другими экстрасемейными системами. Примером может служить ситуация, в которой семья с ребенком замкнута или открыта для получения поддержки от других семей с подобными проблемами, групп поддержки, социальных институтов и других источников помощи.

#### Семейные функции

Семейные функции с точки зрения теории систем являются выходом семейной системы. Выполнение семейных функций является важным условием существования 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 отклонениями в развитии.

Приведем одну из *классификаций семейных функций*. В соответствии с ней основными являются следующие: *эконо-*

18

*мическая*, связанная с оплатой банковских счетов, банковскими вкладами, заработной платой и другими финансовыми операциями. На семье лежат также обязанности по удовлетворению *физиологических* потребностей членов семьи, связанных с интимной близостью, приобретением и приготовлением пищи, покупкой одежды, лечением и профилактикой болезней, уходом за домом. Семья выполняет *восстановительную* функцию по организации индивидуального семейного отдыха, хобби ее членов. Важной функцией семьи является *социализация детей*, связанная с развитием социальных навыков и межличностных отношений. Семья способствует *самоидентификации детей*. Помогает им увидеть свои сильные и слабые стороны, способствует развитию чувства принадлежности. Велика *воспитательная* роль семьи. Именно в семье ребенок познает, что такое добро и зло, любовь, дружба, верность. Семья выполняет также *мировоззренческую* функцию, формируя систему ценностей у ребенка. *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, важными являются такие функции, как *коррекционно-развивающая*, *компенсирующая* и *реабилитационная*, целью которой 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 клинико-психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии детей, психофизиологической системы мать-ребенок, всей семейной системы в целом.

Вопросы и задания

1. Что такое социально-экологическая модель семьи? Дайте основные характеристики.

2. Опишите модель семейных взаимодействий Олсона.

3. Назовите этапы жизненного цикла семьи.

4. Перечислите функции семьи, воспитывающей «нестандартного ребенка».

20

## ГЛАВА 2

### Концепции семейного воспитания детей с отклонениями в развитии

#### Исторический аспект

Особенно хорошо изучена и документирована история семьи, где воспитывается ребенок с отклонением в развитии, в США. История американской семьи делится на четко очерченные временные периоды. Всего выделяют четыре исторических периода и соответствующих им четыре типа семьи.

*1-й период* — колониальный — 1600—1820 гг. В этот период семья рассматривалась как маленькое государство. Это патриархальная, авторитарная семья.

*2-й период* — викторианская эпоха — 1820—1915 гг. Семья на этом этапе развития общества рассматривалась как деловая фирма, преобладала предпринимательская модель семьи.

*3-й период* — эпоха всеобщего благоденствия — 1915—1965 гг. Социально приемлемой считалась семья, основанная на взаимопонимании и поддержке. Была предложена и поддерживалась социальными институтами партнерская модель семьи.

*4-й период* — эпоха борьбы с бюрократизмом. Семья рассматривается как плюралистический коллектив, с 1965 г. по настоящее время.

Семья колониальной эпохи (1600—1820 гг.)

На этом отрезке исторического развития *семья рассматривалась как сущностный аналог государства*. Всячески подчеркивалось мужское главенство в семье над женой, детьми, слугами. Это закреплялось в законах государства. Каждый рожденный в стране ребенок принадлежит только отцу. Крепость такой семьи рассматривается как основа незыблемости государственных устоев.

В раннем колониальном периоде одинокие люди, не вступавшие в брак, должны были находиться под контролем хорошей семьи. *Воспитание аномальных детей заключалось в строгом контроле над ними*. Научное изучение семей, имеющих детей с отклонением в развитии, еще не проводилось, но были обнаружены записи о них в домовых книгах.

Викторианская эпоха (1820—1915 гг.)

В эпоху «дикого» капитализма произошли радикальные изменения в идеологии общества и семьи. По мере распростране-

22

ния капитализма старый иерархический порядок был разрушен. Капитализм подорвал основу института ремесленничества и традиции передачи мастерства, так как ремесленничество было несовместимо с системой наемного труда. Капитализм нуждается в наличии доступных источников рабочей силы, чтобы получать максимальную прибыль. В этот период отмечается 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 в системе выборов.

Подъем предпринимательства также побуждал к пересмотру идеологической базы общественного устройства. 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. В этой борьбе активно использовались средства массовой информации, которые создавали имидж истинного мужчины (мужа) и женщины (жены) и предлагали новую модель супружеской пары. Всякие отклонения от этого образца, ориентированного на чистоту семейной жизни, рассматривалось как проявление семейной деградации. В соответствии с этой моделью супруги рассматривались как партнеры в бизнесе. При этом муж являлся представителем фирмы вне дома и занимался внешними отношениями фирмы. Женщина являлась внутренним представителем фирмы и занималась внутренними отношениями семьи. *Семья была реорганизована в соответствии с предпринимательской моделью.* Поддерживался культ супермена мужчины, достигшего всего своими силами, а образ истинной женщины подразумевал благочестие, чистоту, покорность, хозяйственность. Эти требования не относились к женщинам-эмигранткам.

Уже были доступны хорошо организованные *государственные учреждения для детей с отклонениями в развитии.* Дети в них подбирались более тщательно по возрасту. К поведению ребенка предъявлялись определенные требования, поведение должно было быть предсказуемым и управляемым. Как только была введена система государственных школ, появились и программы обучения, содержащие нормативы для детей разного возраста. Изучались проблемы семей, в которых дети оказывались вне школы. В предпринимательской семье дети с отклонением в развитии препятствовали достижению успеха при наличии

23

жесткой конкуренции в условиях рыночной экономики. Поэтому считалось социально приемлемым воспитывать их в специальных учреждениях. Требование контроля над ними, характерное для предыдущей эпохи, было трансформировано в *экономическое требование — сделать их полезными для общества.*

Проблемами людей с недостатками в развитии — умственно отсталых, слепых, глухих — занимался Самуэль Ове. Он разрабатывал программы для специальных учреждений. Основой его разработок было достижение экономической и социальной полезности людей с недостатками в развитии. Он цитировал доктора Гилберта Вудворта, который писал: *«Почти все идиоты могут стать лучше, физическое состояние и навыки самообслуживания у них могут быть улучшены, а те, у которых имеются большие способности, могут быть обучены и приносить пользу обществу, трудиться и быть счастливыми».*

В этот период отмечались и противоположные тенденции в научных исследованиях. Создавались и расистские теории, согласно которым все человечество делилось на две расы: творческую (креативную) и имитирующую, не способную к творчеству и бесполезную для общества. К последним относились негры и гподи с недостатками в развитии.

Суть теории наследственной дегенерации Бенедикта Море-ля (1857 г.) состоит в том, что все психические нарушения и отклонения в поведении предопределяются наследственными факторами и становятся все более глубокими от поколения к поколению (эффект антиципации) в связи с потерей жизненной энергии вплоть до достижения стадии идиотии. К таким отклонениям он относил помешательство, пауперизм (профессиональное нищенство), проституцию, незаконнорожденность. Эта теория имела большой резонанс в обществе и способствовала ухудшению отношения к людям с недостатками в развитии. Было исследовано множество родословных, и на первых порах выводы Мореля

подтверждались. Это служило обоснованием политики содержания людей с недостатками развития изолированно в специальных учреждениях.

Самым ранним из таких эмпирических исследований была работа Рихарда Дубдейла (1877 г.). Он провел генеалогический анализ шести поколений одной семьи и обнаружил преобладание случаев пауперизма, проституции, заболевания сифилисом, частоты незаконнорожденных детей, криминальности сре-

24

ди кровных родственников по сравнению с родственниками по браку, а не по крови.

В 1916 г. Генрих Эстабрук проанализировал ту же родословную. Оказалось, что 30% членов семьи плохо учились, а 20% вообще не могли учиться. Предполагалось, что все эти явления являются результатом наследственной дегенерации.

В середине 20-х гг. в социологии намечается постепенный отход от переноса биологических концепций и терминологии в социальные исследования. Теория Мореля потеряла свою популярность, особенно в связи с успехами генетики и развитием теории специального обучения.

Таким образом, в 20-х гг. наметился переход от изучения биологической дегенерации к исследованию семейной, социальной дегенерации, а также от предпринимательской семейной модели к модели, где муж и жена являются равноправными партнерами с приоритетом дружеских отношений между ними.

Эпоха всеобщего благоденствия (1915—1965 гг.)

В этот период произошло существенное изменение модели семьи. После первой мировой войны США достигли статуса индустриальной державы. Эпоха, предшествовавшая первой мировой войне, прошла под лозунгом «выживания наиболее приспособленных в борьбе за существование». Однако после первой мировой войны появился другой лозунг — «Объединение наций», так как только в союзе наций заключается сила и возможность исполнения желаний.

В семейной жизни это выразилось в непопулярности предпринимательского образца семьи с его ориентацией на конкуренцию как основу выживания. 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.

Принцип конкуренции потерпел неудачу как основной принцип формирования общественных институтов, в том числе и семьи. Идеал семьи пользовался популярностью и до первой мировой войны, однако позже его значение еще более воз-

25

росло, так как женщина получила право голоса и те же права, что и мужчина.

На международной арене поддерживалась идея, что позиция неограниченной конкуренции между нациями является главным фактором войны. Угроза войны становилась все более ощутимой. Для достижения коллективной безопасности усилиями разных стран была создана Лига наций (ООН).

В экономической области принцип конкуренции вызывал тревогу в том смысле, что в таких условиях мог выжить только самый жестокий.

В целом получило распространение мнение, что необузданная «борьба за существование наиболее приспособленных» является угрозой американскому обществу.

Это мнение еще более утвердилось после великой депрессии 30-х гг. Несостоятельность традиционного конкурентного социального порядка стала очевидной. В результате появился лозунг всеобщего благоденствия и национального согласия. Отказ от принципа конкуренции как основного организационного принципа общественных отношений был отражен и в моделях семейных отношений.

Социальные психологи отразили главные элементы этих перемен в своих концепциях, отказавшись от внешнего общественного контроля над семьей, делая акцент

на межличностном согласии и партнерстве в семье. Число семейных функций резко снизилось и только любовь осталась законной причиной продолжений существования семьи. Начался поворот от 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.*

В связи с таким изменением ценностных ориентиров в обществе в 30—40-х гг. прошлого века было предпринято исследование эффективности специальных учреждений для детей с отклонениями в развитии.

Ведущие специалисты по социальной политике изменили свои позиции в отношении этих учреждений и сделали вывод об их непригодности в сложившейся ситуации. Однако эти исследования были прерваны Второй мировой войной. После войны о пользе этих учреждений заговорили снова. Были проведены специальные исследования, которые кон-

27

центрировались вокруг двух связанных между собой вопросов.

1. Как наличие в семье ребенка с отклонениями в развитии влияет на семейные отношения, жизнь родителей, братьев, сестер, общее благосостояние семьи?

2. Решается ли проблема семьи помещением ребенка в учреждение?

Если в XIX в. отказ от предпринимательской модели семьи рассматривался как признак семейной дегенерации, а «лечебной» социальной политикой являлась изоляция и стерилизация, то в середине XX в. как социальную дегенерацию стали рассматривать отклонения от партнерской модели семьи.

Проводившиеся исследования ставили целью определить круг мероприятий, направленных на облегчение тягот семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.

Дискутировалась эффективность специальных классов для умственно отсталых детей при массовых школах. Изучался уровень стресса в семьях, имеющих детей с недостатками в развитии, психическое здоровье членов семьи, их экономические проблемы, степень социальной изоляции в связи с трудностями поведения ребенка. Исследования были сфокусированы на нуждах детей, на необходимости организации их реабилитации. Были предложены нормативы здорового образа жизни для партнерской семьи. Изучали характер стрессовых событий и способы адаптации к ним родителей.

В своих ранних исследованиях Фарбер (1959 г.) определил *характер кризиса семьи*, имеющей ребенка с тяжелым недостатком в развитии, как *остановку ее жизненного цикла:*

1. Развитие цикла замедляется, смены семейных ролей не происходит.

2. Жизненный цикл семьи теряет свою синхронность, при этом чем больше его асинхронность, тем больше степень семейного кризиса.

Фарбер показал, что ситуация в семье, имеющей ребенка с тяжелой недостаточностью, становится даже более стрессогенной по мере развития семейного цикла, т. е. на его поздних стадиях. Согласно концепции остановки семейного цикла независимо от порядка рождения и социальной роли проблемного ребенка этот ребенок постепенно перемещается в сторону младшего ребенка, т. е. не взрослеет. Наличие у него недостатков в развитии влияет на адаптацию здоровых братьев и сестер, за ис-

27

ключением тех случаев, когда между детьми большая разница в возрасте.

В целом исследования по семейному кризису выявили несколько факторов, являющихся особенно значимыми: характер недостатка в развитии ребенка, возраст и пол членов семьи, ее социально-экономический статус, религиозность.

Был сделан вывод: «Подозрения родителей о имеющихся у ребенка проблемах в развитии вызывает у них определенную тревогу, однако критическим моментом в

родительских переживаниях является установление медицинского диагноза». Отсюда возникла *теория «семейного кризиса»*, которая породила много исследований.

Было показано также, что, опираясь только на собственные силы, семья не может противостоять кризису, связанному с наличием проблем у ребенка. При этом отказ от ребенка и помещение его в специальное учреждение далеко не решает всех семейных проблем, а порождает другие не менее сложные проблемы. В результате были сделаны выводы в пользу воспитания ребенка в семье, так как отказ от него не решает всех проблем семьи.

Это предполагает *необходимость планирования* и обеспечения *помощи* во всех областях (здоровье, образование, занятость, обеспечение жильем и специалистами), адаптированной к специальным нуждам детей их семей. Таким образом, рассмотрение семейного кризиса ведет к рассмотрению вопросов, связанных с развитием специализированной поддержки семьи, имеющей проблемных детей.

Современные подходы  
к проблеме семейного воспитания

Этот период характеризуется изменением модели семьи. Произошел переход от партнерской семьи с традиционным согласием между членами семьи к *плюралистической семейной модели*, с подчеркиванием важности индивидуальных прав ее членов. Поворотным моментом для американцев явились 60-е годы, когда люди перестали верить в эффективность государства всеобщего благоденствия, так как, по их мнению, именно это государство вовлекло нацию во Вьетнамскую войну с вытек, Ющим отсюда разочарованием и заменой политики со-

28

гласия на политику конфронтации. Было признано, что большие социальные программы по борьбе с социальными болезнями оказались неэффективными. В обществе отмечались: массивная культурная депривация, преступность, бедность, образовательный дефицит. У граждан сформировалось впечатление, что в этой исторической обстановке государство скорее препятствовало, чем способствовало достижению социальной справедливости. Полноправие граждан стало главной общественной заботой. Возникло движение за права меньшинств, снятие ограничений при голосовании для этнических меньшинств, афроамериканцев. Это движение добилось утверждения акта гражданских прав. Особое внимание обращалось на ситуации, в которых отмечалось неравенство перед законом, которое интерпретировалось как неравенство по половому и этническому признакам (афроамериканцы, испанцы, женщины). Считалось, что их неравенство перед законом особенно несправедливо, так как принадлежность к этим группам определяется с самого рождения. Для исправления этой ситуации требуются социальные изменения, реформы. В таком контексте модель партнерской семьи оказалась неадекватной. Эта модель стала подвергаться резкой критике в средствах массовой информации. Стали общим местом заявления, что партнерская семья потеряла свою актуальность. Выдвигался тезис, что стремление к единству в семье часто препятствует индивидуальному развитию и самореализации ее членов, способствует отчуждению, оторванности, закрытости от внешнего мира. Критиковалась закрытость интимной семейной жизни. Модель партнерской семьи оказалась обесцененной. 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 более соответствовала плюралистическая модель семьи.

29

Таким образом, в 60-е годы прошлого века представление о семье существенно изменилось как в социологии и психологии, так и на уровне массового сознания. Большое внимание стало уделяться тем методам, с помощью которых семья как социальный институт вносит свой вклад в поддержку социального порядка. С другой стороны, ставился под сомнение вопрос универсальности ядерной семьи (состоящей из родителей и детей

— без бабушек, дедушек и др.) как социального института. 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. было предложено описание типичной плюралистической семьи. Обращалось внимание на то, что важно утвердить правомерность плюралистических стилей семейной жизни в обществе, а также проводить социальную политику, которая обеспечивала бы гражданские права не только обычным, но и девиантным семьям, и возможно более широкий выбор жизненных стилей в рамках демократического общества. Необходимо законодательство, защищающее нестандартные семьи и определяющие права и обязанности лиц

— членов этих семей. В настоящее время в некоторых странах регистрируются браки между однополыми людьми.

Концепция нормализации семейной жизни

Плюралистическая модель семьи изменила отношение к *концепции семейного кризиса*. Модель плохой адаптации была заменена на *модель конфронтации*. В прежних моделях семьи рассматривалось, как наличие ребенка с проблемами приводило 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.

Это направление исследований базировалось на социальном движении по деинституциализации 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 способов, с помощью которых члены таких семей адаптируются к внешнему миру. Эта концепция и получила название «Стратегия нормализации семейной жизни». Она построена на базе плюралистической модели семьи.

30

Теория семейного кризиса основана на представлениях, что наличие ребенка с отклонениями в развитии является единственной проблемой существования такой семьи. *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 зарабатывать на жизнь и откликаться на потребности других членов семьи, т. е. семья должна обеспечить нормальное существование всем своим членам.

При планировании помощи следует учитывать трудности, которые семья испытывает, обеспечивая свои неординарные нужды.

Родители обычно не в состоянии правильно оценивать степень проблем в развитии ребенка. Некоторые родители в борьбе с трудностями предпочитают опираться только на свои силы, замыкаются, отгораживаются от мира. Другим семьям удастся поддерживать контакты со многими другими семьями. При этом каждый член семьи находит возможность заниматься интересующей его общественной деятельностью.

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. Фарбер делит семейные функции на «структуру обращения» и «структуру жизни». Структура обращения имеет отношение к уходу за больным ребенком, структура жизни — к нуждам родителей и других членов семьи. Качество жизни зависит во многом от возможности хоть иногда освободиться от тяжелого повседневного ухода за малышом. В семьях, в которых имеется большой достаток, матери часто предпочитают работать, чем сидеть с особыми детьми постоянно. 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. Интерпретация родителями отношения к своей семье со стороны общества влияет на их отношение к общественной деятельности в целом.

31

*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 программы должны быть направлены и на общество, чтобы изменить социальное отношение к таким семьям, что позволило бы этим семьям выжить. Исследователи, которым знаком метод психодрамы, подчеркивают особую важность и большое значение, которое имеет отношение других людей к образу жизни семей, имеющих детей с отклонениями в развитии. Они утверждают, что родители прилагают огромные усилия, чтобы представить, что в их семье все идет нормально. Это является центральным звеном их адаптации. Весь мир — это театр. Люди пытаются склонить окружающих принять именно их точку зрения в отношении различных явлений и событий. Человек действует как политик, вербуя влиятельных людей на свою сторону. В большинстве случаев в социальных взаимоотношениях люди своим поведением подтверждают роли, присвоенные им другими. Но для индивидуума, который имеет ярлык аномального или родителя больного ребенка, это входит в противоречие с его интересами и мешает ему утвердиться в обществе. У него возникает мотивация замаскировать стигму (социальный ярлык). Он заинтересован в том, чтобы трансформировать стигматизированный статус в повышенный. Перед ним стоит задача создать впечатление, что то, что наблюдалось вначале, не соответствует действительности, что на самом деле все идет нормально. Социальная маркировка и медицинский диагноз, который приводит к этому, не позволяют родителям планировать будущее. Они не могут планировать целый ряд событий, ожидаемых в норме, так как их ребенок особенный и развивается по-своему. В социальном плане это порождает неопределенность семейных отношений.

Таким образом, родители сталкиваются с задачей изменить эту аномальную ситуацию и создать видимость нормальности в семейных отношениях. Такая возможность зависит от возраста ребенка. Когда дети маленькие, мать может полностью симулировать нормальный круг деятельности. В это время есть

31

лишь небольшое различие между ребенком с отклонением и другими детьми, с которыми взаимодействует семья. Когда дети становятся старше, различия становятся более выраженными. Все труднее поддерживать видимость нормальной жизни. Родители детей с проблемами используют те же приемы, чтобы убедить себя и свою семью в собственной нормальности. Таким образом, отношение окружающих людей имеет решающее значение для родителей ребенка с проблемами в борьбе с трудностями и разочарованиями при воспитании своих детей.

Концепция семейного воспитания «Особые дети в России»

Результаты научных исследований и опыт, накопленный в области педагогики, психологии и социологии, способствовали значительному изменению взглядов на проблему обучения и воспитания детей с отклонениями в развитых странах.

Еще не так давно во многих развитых странах, в том числе и в США, считалось социально приемлемым воспитывать таких детей в специальных учреждениях, рассчитанных на многочисленный контингент и расположенных чаще всего за городом. В настоящее время под давлением общественного мнения социальная политика в отношении этой категории детей претерпевает кардинальные изменения. Подчеркивается предпочтительность и необходимость воспитания ребенка с отклонениями в развитии в семье, а не в учреждениях. В настоящее время маму не отговаривают отказаться от воспитания такого ребенка в семье.

Специальные исследования показывают, что дети, воспитывающиеся *в семье*, имеют *большую продолжительность жизни*. Матери объясняют, что при адекватном воспитании, соответствующем обучении и коррекции у многих детей с ограниченными возможностями удастся развить *навыки самообслуживания*, хотя не всегда в полном объеме, и даже обучить их *профессиональным навыкам*. Это избавляет государство от необходимости содержать их в специальных учреждениях, а самих детей от полной беспомощности и зависимости от окружающих.

О признании прав таких детей на полноценную жизнь свидетельствуют законы о равных правах на образование всех детей независимо от наличия у них тех или иных недостатков раз-

33

вития, стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года. В связи с этим в реализации программ воспитания и обучения детей с проблемами в развитии все большая роль отводится семье, в которой воспитывается такой ребенок. Проблемы этих семей интенсивно изучаются. Хотя способы адаптации каждой семьи в обществе сугубо индивидуальны, что исключает возможность создания универсальных рецептов на все случаи жизни, некоторые *общие закономерности* этого процесса уже установлены. Знание этих закономерностей необходимо специалистам в области педагогики и психологии, работающим с детьми с отклонениями в развитии и их семьями.

Во всем мире нарастают интеграционные тенденции в отношении обучения и воспитания детей с недостатками в развитии.

Воспитание нестандартного ребенка на основе адаптированной к нему модели воспитания с предупреждением и преодолением на разных этапах его несостоятельности составляет концептуальную основу семейного воспитания.

*Необходимость разработки концепции* семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии обусловлена основными направлениями государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации. *Целью государственной политики* является обеспечение социализации детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах, их полноценной реабилитации, в том числе медицинской, психологической и социальной, для успешной их интеграции в общество. *Главными направлениями* в этой области являются: ♦ приоритет семейного воспитания детей с различными отклонениями и особенностями в развитии, защита их прав и интересов;

♦> разработка эффективных методов помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями и особенностями в развитии; создание новых учреждений, ориентированных на специфические проблемы семьи, имеющей ребенка с той или иной формой средовой дезадаптации. Для выполнения этих задач необходимы: •> программа единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии (см. Приложение V)р-

34

организация выявления младенцев с отставанием в развитии или группы риска и оказания им и их семьям ранней комплексной помощи; обучение и консультирование семьи; обеспечение ранней медицинской коррекции; согласованная работа государственных и негосударственных учреждений по социальной защите семьи и сохранению ребенка в семье;

создание оптимальных условий коррекционного воспитания и обучения детей с различными отклонениями; реализация права семьи и детей с отклонениями в развитии на защиту и помощь со стороны государства; содействие развитию и укреплению семьи нестандартного ребенка как гуманитарного, так и социального института; гуманизация связей семьи с обществом и государством; установление гармонических внутрисемейных отношений; формирование общественного признания как социальной нормы благополучной семьи, создающей все необходимые условия для развития ребенка с отклонениями и особенностями развития;

повышение квалификации специалистов, работающих в массовых учреждениях, в области специальной педагогики и психологии, для работы с современной семьей; просветительская работа с родителями, имеющими детей как с отклонениями в развитии, так и здоровых детей; обеспечение подготовки и издания книг по семейному воспитанию детей с особенностями развития и поведения; выявление детей и семей, требующих социальной помощи, и предоставление им информации о соответствующих службах;

исследование и оценка состояния семьи и ребенка; обеспечение детей с ограниченными возможностями и их семей всем комплексом необходимых услуг; создание благоприятного семейного климата, обеспечивающего условия для оптимального развития всех членов семьи нестандартного ребенка;

создание банка данных по всем видам социальной поддержки с адресами служб помощи, поддержки семьи и ребенка;

организация поддержки в средствах массовой информации положительного образа семьи, гарантирующей качествен-

35

ное воспитание и развитие нестандартного ребенка, в том числе и с нарушениями поведения.

*Главной идеей* настоящей концепции является достижение совместной гармоничной жизни с нестандартным ребенком, максимальное развитие потенциальных возможностей ребенка и каждого члена семьи и успешной интеграции нестандартной семьи и нестандартного ребенка в общество.

Вопросы и задания

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. Назовите основные положения концепции «Особые дети в России».

36

### ГЛАВА 3

Методы изучения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями  
Информация, которую можно получить от родителей

Целью диагностической работы с родителями является определение типа семейного воспитания, установок родителей по отношению к детям и собственной семье.

Семья представляет психологическую среду, в которой развивается ребенок, поэтому важна ее эффективность в стимуляции этого развития.

Целесообразно изучить *психологический климат* в семье (*тест семейной тревоги*), родительские стили и воспитательскую компетентность родителей, ценностные ориентации, уровень притязаний, самооценку.

Необходимо установить *индивидуально-типологические* и *характерологические* особенности членов семьи.

Психодиагностическое обследование проводится *с соблюдением этических норм*. При сообщении результатов родителям и ребенку их следует облечь в такую форму, чтобы у семьи возникло желание сотрудничать со специалистами, а не сопротивление и отрицание проблем.

Специалисты должны в щадящей форме предоставлять информацию, лучше *отдельными порциями с подчеркиванием позитивных моментов* в процессе конструктивного общения. Вся информация должна подаваться *в вероятностных терминах*, так как существует широкая вариативность в достижениях и медицинских прогнозах в зависимости от ситуации развития ребенка и других факторов, не поддающихся точной оценке. Наиболее удобной формой предоставления информации является *беседа в форме вопросов и ответов*, именно в той очередности, в которой у членов семьи возникают вопросы.

Родители должны получить *информацию об источниках помощи*: ассоциациях родителей и других формах общественной поддержки, о наличии реабилитационных центров в районе проживания.

Наиболее важной информацией для родителей являются сведения о *возможности дополнительных нарушений* физического и психического здоровья ребенка, способности к обучению, адекватному поведению; получению профессии и работы, перспектив иметь собственную семью и детей, вести независимое существование, иметь приемлемое качество жизни. Однако все

38

эти вопросы должны обсуждаться с учетом готовности родителей к восприятию той или иной информации.

Среди *методов изучения семьи* достаточно распространенными стали: *социологические опросы, интервьюирование и анкетирование*. В психотерапевтической практике используются несколько *видов интервью*.

Интервью по генограмме

Проводя интервью по генограмме, педагог-дефектолог двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации к исторической хронологии семейных событий. Собирается информация по следующим *вопросам*:

◆ *Структура семьи* — имена, пол, возраст, этническая принадлежность, религиозные воззрения, род занятий и образование членов семьи, другие браки и т. д.

◆ *Родительские семьи* каждого из супругов, по крайней мере, в трех-четырех поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Живы ли родители? Если умерли, то когда и от чего? Если живы, то чем занимаются?

◆ *Другие значимые для семьи люди* (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т. д.).

◆ *Настоящее состояние проблемы*. (Как каждый видит проблему и как реагирует на нее?)

◆ *История развития проблемы*. (Когда проблема возникла? В чем изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса?)

◆ *Недавние события и переходы в жизненном цикле семьи* (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.).

◆> *Реакции семьи на важные события* семейной истории. (Какова была реакция семьи, когда родился больной ребенок?)

◆ *Семейные взаимоотношения*. (Есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом? Какие члены семьи очень близки друг другу?)

◆ *Семейные роли*. (Кто из членов семьи любит проявлять о других заботу? А кто любит, когда о нем много заботятся? Кто самый авторитетный?) Важно обращать

внимание на ярлыки и клички, которые члены семьи дают друг другу. Они являются важными ключами к эмоциональным взаимоотношениям.

39

♦ *Трудные для семьи темы.* (Имеет ли кто-нибудь из членов семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Проблемы с физическим или сексуальным насилием? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо арестовывались? За что? Каков их статус сейчас?) Эти вопросы должны задаваться особенно тактично и осторожно. И если семья высказывает сильное сопротивление, специалист должен отступить и вернуться к ним позднее.

Используя данные генограммы, педагог может помочь членам семьи преодолеть негативное восприятие друг друга. Подобное интервью может улучшить отношения членов семьи с врачом и медицинское лечение. Опрос по генограмме сфокусирован не только на проблемах и трудностях семьи. Он также выявляет успехи ее членов и способы эффективной адаптации.

Интервью — прослеживание последовательностей взаимодействия

В наиболее простой форме «прослеживание» означает *задавание поясняющих вопросов, делание одобрительных комментариев или извлечение подробностей.* Операция прослеживания является типичной для психолога, не навязывающего своего мнения. Интервью продолжается до тех пор, пока не обозначится полная последовательность событий. Вопросы представлены в *безоценочной манере*, педагог просто интересуется, что семья делает. Помимо диагностического значения эта техника является важнейшим элементом в процессе присоединения к семье и мягкого руководства ею в направлении нового поведения.

Циркулярное интервью

Такое интервью также использует технологию прослеживания, коммуникаций с акцентом на *обнаружение различий* между членами семьи. Проводя интервью с семьями, оказывается полезным составлять упрощенную генограмму трех поколений семьи. «Поддержка» содержит в себе элементы двух предыдущих интервью и выражается во внимательном выслушивании, эмпатических репликах, дополнительных вопросах и позитивном новом определении роли члена семьи и семьи в целом. Педагог активно собирает информацию о про-

40

блемах, используя наблюдения. Он должен отметить то настроение, с которым члены семьи приходят. Он отмечает взаимоотношения между родителями. Когда ребенок является проблемой, часто у родителей существует несогласие в том, как его воспитывать. Педагог отмечает также, кто из взрослых пришел к нему неохотно. Педагог наблюдает, как ведут себя родители с ребенком. Природа задаваемых вопросов позволяет членам семьи «открыть» новую реальность в своих отношениях, что запускает изменения в системе семьи.

Оценочные интервью

Оценочное интервью должно давать возможность терапевту получать информацию о семейной структуре, взаимодействиях, исторических корнях семьи и задачах жизненного цикла, с которыми семья не справляется в данный момент. (Более подробно см. *Черников Л. В. Интегративная модель семейной психотерапевтической диагностики.* — М., 1997.)

Метод анкетирования (письменный опрос)

Отличается достаточной валидностью.

Используются разные *виды анкетирования: контактное* (сам исследователь организует анкетирование и собирает опросные листы), *заочное* (анкеты с инструкциями рассылаются).

В зависимости от задач, стоящих перед исследователем, а также особенностей семей возможны разные *типы анкет:*

*Открытая* — содержит вопросы, на которые предстоит ответить испытуемому.

*Закрытая* — к вопросам даются возможные варианты ответов.

*Смешанная* — предлагаются возможные ответы и одновременно можно сформулировать некоторые ответы по-своему.

В литературе имеется достаточное количество *методик диагностики* типа родительских установок, супружеских отношений, семейного воспитания. Среди них тест-опросник родительских отношений, опросник «измерения родительских установок и реакций», опросник «удовлетворенность браком», экспресс-метод «самодиагностика» и др.

*Тест-опросник родительского отношения* (А. Я. Варга) дает возможность проанализировать отношение родителей к ребенку, определить базовый тип воспитания и характер восприятия

41

матерью своей роли в жизни ребенка не только качественно, но и количественно, благодаря наличию системы шкал.

«*Живая беседа*», особенно предварительно структурированная, может быть не менее информативной, чем анкета, при заполнении которой возможны различные искажения. С другой стороны, метод интервью требует создания условий, располагающих к искренности респондентов.

При изучении семьи педагог чаще всего использует методы беседы и наблюдения.

Считается, что беседа отличается от интервью большей свободой и в организации, и в содержании, неформальной атмосферой и отношениями между собеседниками, хотя эти различия не абсолютны. Беседа может служить для подтверждения, конкретизации или опровержения каких-то гипотез, возникших на основе изучения семейных взаимоотношений с помощью других методов.

Педагогу важно уметь пользоваться *методом эмпатическо-го слушания* (К. Роджерс, Т. Гордон). Эмпатия — это чувство понимания и сопереживания психологического состояния другого человека. Суть метода — создание атмосферы заинтересованного разговора, совместного решения проблемы.

Педагогу необходимо проявлять тактичность в оценке личностных качеств членов семьи, особенно ребенка, уметь акцентировать внимание на его положительных свойствах, чтобы создавать заинтересованность родителей во взаимодействиях со специалистами.

Педагог часто использует *наблюдение* как метод изучения семьи. Наблюдательный педагог подмечает многие особенности взаимоотношений взрослого и ребенка, по которым можно судить о степени их эмоциональной близости, особенностях коммуникаций. Педагог может создавать специальные ситуации для наблюдения, в которых взрослые и дети раскрываются полнее, например, при участии семьи в подготовке и проведении праздников, развлечении, организации совместного досуга.

При этом ребенок *выполняет совместно с родителями какое-либо практическое задание*, а педагог наблюдает и анализирует реакции родителей, характер их помощи, приемы стимуляции или подавления детской самостоятельности, оценку качества его работы, умение взаимодействовать с ребенком.

Для изучения родительских позиций педагог может предложить родителям написать *сочинение на тему «Мой ребенок»*.

42

Могут использоваться *психотерапевтические приемы*, когда педагог показывает родителям способы организации эмоционального взаимодействия с ребенком посредством арттерапии.

Существуют методы, с помощью которых одновременно и изучается, и корректируется позиция родителей. В результате такого подхода родители рассматривают предлагаемые методы как собственные наработки и более охотно внедряют их в свою педагогическую практику.

В последнее время нередко применяются *методы психокоррекции*, такие как психологический тренинг, в котором участвуют члены нескольких семей, имеющих сходные проблемы. Им предлагаются задания, выполнение и совместное обсуждение которых должно помочь выработке умений и навыков, необходимых ценностных изменений для совместной жизни с ребенком с особыми потребностями, гармонизировать отношения между членами семьи (более подробно эти методы описаны в главе V).

При хорошей совместимости группа участников тренинга становится группой взаимопомощи. Исключаются критика и осуждение, что создает условия для откровенности в обсуждении даже интимных проблем, обмена опытом, знаниями, свободного выражения переживаемых чувств.

Деятельность группы может быть полностью конфиденциальной и закрытой для посторонних. В процессе совместной работы участники таких тренингов повышают свою компетентность в вопросах брака и семьи, воспитания детей, стратегий выживания, что повышает их эффективность в различных сферах жизни.

Каждый специалист, работающий с детьми, нуждается в объективной информации о семье, в которой воспитывается ребенок. Такая информация помогает педагогу оказывать влияние на педагогический процесс в семье, согласовывать воспитательную деятельность семьи и детского учреждения.

Наиболее важной является *информация о*: •> *составе семьи, профессии;*

<♦ *образовательном уровне* родителей, других взрослых членов семьи, принимающих участие в воспитании ребенка; ♦;♦ *общей семейной атмосфере;* ♦> *семейных взаимоотношениях;*

•> *эмоциональной близости* или, наоборот, автономности каждого члена в семье;

43

♦ *хаотичном противоречивом характере взаимоотношений;*

♦ *приоритетах воспитания* детей: здоровье, развитие нравственных качеств, способностей, дарований;

♦ *культурном уровне* родителей;

•> *уровне психолого-педагогических знаний*, практических умений и навыков;

♦ *готовности к повышению своей компетентности;*

•> *стратегиях и тактике* воспитательных воздействий;

♦ *участии* всех взрослых в воспитании;

•> *степени согласованности требований* к ребенку; ♦> *наличии конфликтов* по поводу воспитания;

♦ *неравномерном распределении воспитательных функций* между взрослыми членами семьи;

♦ *отсутствии* в семье условий для полноценного развития ребенка;

•> *организации совместных форм деятельности* в семье: активном вовлечении ребенка в семейные дела и заботы;

•> *эпизодическом привлечении* ребенка к семейным делам;

♦> *разобщенности взрослых* в семейных делах, изоляции ребенка от семейных дел и забот;

<• *отношении* семьи к дошкольному учреждению, которое посещает их ребенок: безразлично относятся к детскому учреждению, не озабочены воспитанием собственного ребенка, стараются переложить все воспитательные функции на детское учреждение;

<♦ *сотрудничестве со специалистами:* готовы — не готовы.

Во всех случаях диагностическая работа с родителями должна осуществляться с учетом *следующих принципов:*

•> *диагностическая информация* должна интерпретироваться *квалифицированными специалистами;*

<• *полученная информация* должна быть *конфиденциальной;*

•> *сообщение результатов* диагностики супругам должно проводиться индивидуально с возможно более положительной оценкой вклада обоих;

◆ родителям должна оказываться *помощь в определении методов и приемов* воспитания детей с отклонениями в развитии.

Результаты диагностической работы дают специалисту информацию о возможных причинах неблагополучия в системе семейного воспитания, детско-родительских отношений.

44

Информация, которую можно получить от ребенка

Для получения информации о семье нередко используются *проективные методики*, основанные на принципе проекции, т. е. перенесения на других людей своих собственных потребностей, отношений, качеств, желаний.

Методика «Рисунок семьи»

Этот метод используется для исследования восприятия детьми семейных взаимоотношений. Маленькие дети яснее выражают себя через действие, чем словами. Тест доступен детям с невысоким интеллектом. Они в состоянии улавливать нюансы отношения к ним членов семьи и ощущать свое одиночество в семье (Е. С. Романова, С. Ф. Потемкина). Метод является эмпирическим и может являться базисом для построения различных гипотез в совокупности с другими методами обследования.

Ребенку предлагают нарисовать свою семью. Интерпретацию рисунка условно разделяют на три части: 1 — анализ структуры «Рисунка семьи»; 2 — интерпретацию особенностей графических презентаций членов семьи; 3 — анализ процесса рисования.

Анализ структуры «Рисунка семьи» и сравнение состава нарисованной и реальной семьи. Ожидается, что ребенок, переживающий эмоциональное благополучие в семье, будет рисовать полную семью.

Принято считать, что отсутствие кого-то из членов семьи на рисунке или оттягивание времени их изображения — один из симптомов и признаков конфликтных семейных взаимоотношений, психического дискомфорта ребенка в семье.

Отсутствие на рисунке автора означает конфликт между ним и семьей или кем-то из ее членов. Таким способом ребенок выражает свой протест против неприятия его в семье. Если ребенок из всей семьи рисует только себя, это, скорее всего, признак его одиночества в семье. Рисунок без кого-то из родителей или других членов семьи (например, сестры, брата) указывает, что именно этот родственник — источник дискомфорта и переживаний ребенка. Если ребенок «расширяет» свою семью, вводя в нее постороннего человека, этим он пытается восполнить дефицит любви, недополученный от близких.

45

Значимость членов семьи ребенок обозначает с помощью размеров фигур. Чем больше значимость, тем больше размер его фигуры. Когда все хорошо в семье, ребенок изображает себя ростом с маму и папу, рядом с ними. Если он рисует себя с краю после братьев и сестер, далеко от папы и мамы, это может говорить о его ревности к другим детям.

Об эмоциональной близости или разобщенности родственников может свидетельствовать маленькое или большое расстояние между ними. Чем ближе эмоционально члены семьи друг другу, тем ближе они расположены на бумаге. В неблагополучных, конфликтных семьях родственники изображаются далеко друг от друга, а пространство между ними заполнено вещами, предметами.

*Кинетический рисунок семьи.* Ребенку дается инструкция нарисовать каждого члена семьи, включая себя, делающего что-нибудь. Эти кинетические (изображающие действие) рисунки могут быть более информативными, чем рисунки, выполненные по традиционным инструкциям.

Таким образом, детские рисунки человеческих фигур могут быть получены с использованием различных инструкций и методов анализа.

Подробнее о рисуночных методиках можно прочитать в книгах:

◆ Баркан А. И. Его величество ребенок. — М., 1996;

◆ Берне Р. С., Кауфман С. Х. Кинетический рисунок семьи. — М., 2000;

◆ Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. — М., 2003;

\*\*\* Лосева В. К. Рисуем семью. — М., 1995;

••\* Маховер К. Проективный рисунок человека. — М., 1996(2-ое издание);

■\*•\* Хоментausках Г. Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений // Вопросы психологии. — 1986. — № 1.

Для изучения семейных взаимоотношений педагог может использовать методики комментирования картинки, завершения рассказа, неоконченных предложений, а также игровые задания.

*Игровые задания*

Педагог может предложить ребенку поиграть в игру « Чем я близких своих порадую, чем могу огорчить ». Предлагаются два контура лица человека (хмурое и улыбающееся) и набор сюжет-

46

ных картинок, отражающих и плохие, и хорошие поступки детей. Ребенку предлагается рассмотреть картинки, представить себя главным действующим лицом и затем разложить картинки. Если маме (папе, бабушке) поступок понравится, картинку надо положить к улыбающемуся лицу, а если огорчит, — к хмурому. Анализ выполнения задания дает основание судить о взаимоотношениях взрослых и ребенка, о единстве требований, предъявляемых ребенку взрослыми членами семьи, ценностных ориентациях семьи.

*Методика комментирования картинок.* Ребенку предъявляются картинки, изображающие сцены из семейной жизни. Предлагается описать картинку (Что нарисовано?) и озвучить (например, что мама или папа говорили дочке или сыну). Ребенок рассказывает о картинке, опираясь на собственный опыт, наделяя персонажей своими переживаниями и отношениями.

*Методика завершения рассказа.* Педагог предлагает ребенку сочинить вместе рассказ: «Я придумаю начало, а ты конец». Конец рассказа придумывает ребенок в зависимости от того, как реагировала бы его собственная мама в подобной ситуации.

*Методика неоконченных предложений* используется достаточно часто. Педагог предлагает ребенку «поиграть»: «Я начну предложение (фразу), а ты закончишь». Педагог играет роль ребенка, а ребенок мамы (папы). В ходе игры «ребенок» (педагог) обращается к «маме» (ребенку) с просьбами. Как и в других проективных методиках, предлагаются хорошо известные ребенку ситуации.

Проективные методики и игровые методы помогают педагогу увидеть «глазами ребенка» стереотипы повседневного общения в семье, помочь родителям понять мотивы поведения собственного ребенка, убедить в целесообразности изменения отношения к нему, если в этом назрела необходимость.

Широкие возможности для изучения семейных взаимоотношений и положения ребенка в семье предоставляет *проективная методика Рене Жиля*, содержащая 42 вопроса и рисунки, на которых ребенок определяет свое место среди членов семьи в разных ситуациях.

С детьми начиная с 6-летнего возраста можно использовать метод интервью. По наблюдениям специалистов ребенок способен точно определять суть семейных взаимоотношений, семейные роли.

47

Информация, которую

можно получить при обследовании семьи

Изучение структуры семьи

Одной из первых *попыток создания диагностических инструментов*, удобных для практики, была *циркуляционная модель Олсона* [Olson, 1979]. На основе этой модели был разработан ряд опросников и клинических шкал (Приложение II).

В работе с семейными проблемами широко используется *техника «семейной скульптуры»*, пришедшая из психодрамы. Членов семьи просят с помощью телесной метафоры изобразить структуру взаимоотношений в их доме. Помогая людям занять определенные метафорические позы, психолог может мягко открыть семье ее структуру.

Существуют *технологии с применением замещающих фигур* для членов семьи.

*Системный семейный тест Геринга*

Эмоциональная близость между членами семьи представлена здесь как расстояние между фигурами. Этот показатель точно отражает восприятие ими отношений в семье. Тестовый материал состоит из доски, разделенной на 81 квадрат (9x9), женских и мужских фигурок, а также цилиндрических блоков высотой 1,5; 3 и 4,5 см. Расстояние между фигурками на доске отражает степень сплоченности семьи и отдельных ее подсистем. Высота фигурок, регулируемая с помощью цилиндрических блоков, показывает семейную иерархию. Изменение расположения фигурок на доске от одной репрезентации к другой показывает степень гибкости семейной системы.

*Анализ и интерпретация теста* ведется относительно всей семьи в целом, и двух ее подсистем отдельно — супружеской и детской. В соответствии с этим определяется сбалансированность подсистем и семьи в целом. Семьям, имеющим серьезные проблемы, соответствуют намного менее сбалансированные семейные структуры и многочисленные структурные нарушения.

Тест представляет собой удобный повод для групповой дискуссии с семьей о взаимоотношениях между ее членами и желаемых изменениях. (Более подробно см. Черников Л. В. Интегративная модель семейной психотерапевтической диагностики. — М., 1997.)

48

Некоторые проблемы психодиагностики семьи

В последние годы все больше осознается *психотерапевтическая сущность* рисования, музыки, театра, как и любой другой художественной деятельности - искусства вообще. Благодаря этому стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом, а диагностический инструментарий становится одновременно и средством арттерапии.

Широкое применение рисуночных и игровых методов, таких как методика неоконченных предложений, методика комментирования картинок, методика завершения рассказа основано на принципе проекции, т.е. на вынесении вовне своих переживаний, желаний, стремлений и т.п.

С помощью проективных методов выявляют неосознаваемые установки обследуемого, его подсознательные импульсы. Проективные тесты очень информативны, просты в проведении, не требуют специального оборудования, не занимают много времени. Особенно эффективны такие методы при изучении детей. Выполнение заданий доступно детям со сниженным интеллектом и речевым недоразвитием. К тому же игра, рисунок помогают вступить в контакт с ребенком, расположить его к себе. Проективные методы могут использоваться многократно и при этом не теряют своего диагностического и психотерапевтического значения.

Первой стандартизированной рисуночной методикой является тест «Нарисуй человека\*» Ф.Гудинафа, разработанный в начале прошлого века. С тех пор было предложено много *новых критериев оценки* рисунков, стал развиваться подход, опирающийся на более обоснованные представления о формах самовыражения в художественной деятельности, в том числе изобразительной.

Основным недостатком проективных методик считается их недостаточная валидность, определенный субъективизм в интерпретации результатов, отсутствие статистических методов обработки данных. Поэтому эти методы обычно используются в комплексе с другими психодиагностическими методиками, сопоставляются с результатами наблюдений и бесед с членами семьи.

Рекомендуется использование набора из нескольких наиболее результативных рисуночных методов (А.Л.Венгер, 2003) для изучения различных психологических характеристик ре-

49

бенка, в том числе его отношения к домашней обстановке в целом и к отдельным членам семьи, среди них рисунки: «Моя будущая семья», «Рисунок семьи», «Кинетический рисунок семьи» и др.

Приоритетным направлением современной специальной (коррекционной) педагогики и специальной психологии в настоящее время является ранняя помощь семье. Это обуславливает особую важность разработки эффективных методов диагностики отклонений в развитии у детей младенческого возраста.

По данным Ю.А.Разенковой, Э.Л.Фрухт (1988—1999), только 32,1% семейных детей и 6% детей-сирот развиваются в пределах возрастной нормы. При этом у 19,8% семейных детей и 47,3% детей-сирот во втором полугодии жизни выявлено отставание по всем показателям развития более чем на 3—5 мес. На основе лонгитюдных исследований разработаны различные методы ранней диагностики в России и за рубежом, которые характеризуются единой возрастной и содержательной направленностью. Контроль за ходом психического развития младенцев осуществляется ежемесячно.

Отмечаются различия отечественных и зарубежных методик, которые касаются изучаемых областей развития ребенка, показателей развития, сроков начала осуществления проверок.

Преимуществом отечественных методик является выделение наиболее ранних возрастных сроков и показателей развития новорожденных детей, что позволяет выявлять отставание в развитии детей на наиболее ранних этапах. Разброс показателей в зарубежных методиках, по-видимому, связан с различными подходами к понятию возрастной нормы и различными социокультурными условиями воспитания детей в разных странах. Поэтому зарубежные методы не могут быть использованы в качестве скринирующего (просеивающего) диагностического инструментария. Так, при использовании Мюнхенской функциональной диагностики развития детей первого года жизни выявляется только 8—10% детей, нуждающихся в ранней психолого-педагогической коррекции (Ю.А.Разенкова).

Обследование ребенка делается не из праздного любопытства. Оно преследует сугубо практические цели: оказать помощь ребенку и его семье. В этом плане трудно избежать хотя бы кос-

50

венных прогнозов относительно программ обучения, социальной адаптации, перспектив трудоустройства. При этом важно определить ограничения, обусловленные, главным образом, интеллектуальной недостаточностью и те, которые связаны с любыми другими факторами и обстоятельствами. В то же время необходимо уметь оценивать ребенка в целом. Ребенок 12 лет с IQ (по Векслеру) равным 55 может быть достаточно упорным, настойчивым и в то же время доброжелательным и услужливым. Вполне возможно, что его впоследствии удастся трудоустроить, несмотря на его низкий интеллект. Другой подросток может иметь коэффициент интеллекта выше 70, но быть трудным в поведении: эмоционально лабильным, не способным длительно концентрировать внимание и соблюдать производственную дисциплину. В этом случае проблема заключается скорее в нарушении эмоционально-волевой сферы, чем в низком интеллекте.

При решении вопроса: как помочь ребенку необходимо тщательно проанализировать его семейную ситуацию. Изучение семейных взаимоотношений помогает найти адекватные подходы к решению проблем ребенка. Бывают ситуации, когда ребенка неправильно воспитывают. Ребенок, воспитывающийся в условиях гиперпротекции со стороны матери, становится узурпатором в своей семье, претендует на единоличное владение ее вниманием и использует для этого различные уловки, например, настраивает одного родителя против другого, создавая тяжелую конфликтную ситуацию в семье. В некоторых таких семьях подросток спит только с родителями, хотя имеет собственную постель и даже собственную комнату. Убедить мать в том, что ребенка необходимо переместить в его собственную постель или еще лучше комнату- это верный шаг к эмоциональной зрелости ребенка.

Никакое обследование ребенка и его семьи нельзя считать полным, если тщательно не рассмотрены все дополнительные проблемы, с которыми может столкнуться «особый» ребенок. Эти проблемы включают нарушения зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич), судорожные припадки, эмоциональные нарушения в виде повышенной возбудимости, проблемы коммуникативного поведения и многие другие. Такое обследование под силу команде специалистов, включающей педагога-дефектолога, психолога, социального работника, педиатра, психиатра, ло-

51

гопеда и, в случае необходимости, окулиста, сурдолога, ортопеда и др.

Вопросы и задания

1. Какую информацию о семье следует получить от родителей «особого» ребенка?
2. В какой форме следует предоставлять информацию о результатах психодиагностического обследования родителям?
3. Какие методы используются для изучения семьи «особого» ребенка?
4. Назовите принципы диагностической работы с родителями «особого» ребенка.
5. Какую информацию о семье и с помощью каких методов можно получить от ребенка?
6. Какие игровые задания для изучения семейных взаимоотношений можно предложить ребенку?
7. Какие рисуночные методы используются для изучения семейных взаимоотношений?
8. В чем преимущества проективных методов при работе с детьми?

52

## ГЛАВА 4

### Семья

#### нестандартного

#### ребенка

#### Интеграционные тенденции

Во всем мире нарастают интеграционные тенденции в отношении обучения и воспитания детей с недостатками в развитии. *Первым этапом* такой интеграции можно считать социальную приемлемость семейного воспитания таких детей. *Вторым этапом* можно считать те коррективы, которые были внесены в систему воспитания и обучения большой категории детей с ограниченными возможностями в США, где были упразднены вспомогательные классы при массовых школах и многие дети с легкой умственной отсталостью стали обучаться в «общем потоке».

*В пользу такой интеграции* детей приводятся следующие доводы:

- 1) снимается проблема «навешивания ярлыков»(обычно оно способствует снижению самооценки и уровня ожиданий);

2) в массовой школе более высокий уровень обучения, чем во вспомогательном классе;

3) выявляются дети, которым диагноз умственной отсталости был поставлен ошибочно.

Однако не все так просто. Как показали специальные исследования, интегрированных детей с легкой формой умственной отсталости могут отвергать их нормально развивающиеся одноклассники. Наибольшие трудности эти «интегрированные» дети испытывают в подростковом возрасте, так как именно в этот период «любовных записок» и назначений свиданий происходит наибольшее выражение неприятия со стороны сверстников. Это приводит к нарушению социальной адаптации «интегрированных» детей. Им в это возрасте требуется помощь специалистов, особенно психотерапевта.

. *Принцип интеграции* лежит также в основе воспитания и обучения детей с *тяжелыми формами интеллектуальной недостаточности*, в частности, с синдромом Дауна. В настоящее время считается, что возможности таких детей недооценивались в прошлом и на самом деле можно достичь гораздо больших успехов в их воспитании и обучении. Благодаря различным программам ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии, одной из которых является программа «Маленькие ступеньки» Университета Маккуэри (Сидней), переведенная и адаптированная для условий нашей страны Е.М. Мастюковой-. Такие программы рассчита-

54

ны на работу с детьми группы риска, начиная с третьего дня жизни. Особое значение в реализации этих программ отводится родителям, которые работают по ним со своими детьми под руководством специалистов. В связи с этим взаимодействие родителей и специалистов становится более тесным и начинается с первых дней жизни ребенка. Эффективность такого взаимодействия зависит от квалификации специалиста, от понимания им семейной ситуации и умения взаимодействовать с семьей.

Реакции родителей

Для обеспечения эффективной работы с родителями «особых» детей специалисты должны разобраться в эмоциональных отношениях в семье. Поскольку установки и позиции родителей оказывают огромное влияние на психологическую обстановку в семье, специалистам необходимо знать, что испытывают родители, когда узнают, что их ребенок не такой, как другие. В этой связи при планировании программы раннего вмешательства очень важно, чтобы особое внимание уделялось реакциям родителей и возможности оказать им консультативную помощь на том или ином этапе оказания помощи семье.

Предлагаем краткий анализ отдельных *этапов развития реакций*, которые наиболее часто встречаются у родителей.

*Отрицание.* Наиболее типичная реакция родителей на поставленный врачом диагноз о наличии у ребенка отклонений в развитии — это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации 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 может лишить ребенка своевременного лечения, необходимой ему педагогической помощи. Следовательно, психологи и педагоги должны сделать все возможное, чтобы помочь семьям не задерживаться в кризисной ситуации и постепенно смириться с мыслью о том, что у их ребенка имеются особые нужды, которые должны удовлетворяться.

55

*Гнев.* Гнев — это тоже одна из наиболее часто встречающихся защитных реакций родителей на раннем этапе осознания ими состояния их ребенка. Обычно она возникает на почве ощущения беспомощности, безысходности и разочарования, как в самом себе, так и

в своем ребенке. В некоторых случаях гнев родителей оправдан, особенно если специалисты не были с ними достаточно откровенны в вопросах, касающихся здоровья ребенка. С другой стороны, это состояние становится неестественным, если длится слишком долго или несправедливо направлено на 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.

*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 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 формировать у себя такие навыки, которые помогут им в дальнейшем обеспечить будущее своего ребенка.

#### Помощь родителям по преодолению семейного кризиса

Все люди знают о вероятностном характере трагических событий: несчастье может произойти с кем угодно и это вызывает сочувствие, сопереживание и даже злорадство в зависимости от отношения к пострадавшему. Если это происходит с нами, то травматизация неизбежна. Предлагается множество схем очередности и характера эмоциональных реакций, которые описаны в литературе. Такие чувства испытывает большинство матерей, родивших больных детей. Они нередко переживают их в одиночку, реже с близкими людьми. Иногда эти чувства изливаются на спе-

56

циалистов: медицинский персонал, психологов, педагогов. К этому следует отнестись с пониманием, такой этап необходим для возвращения к реальности и принятию ребенка таким, какой он есть. На это уходит 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 описанные стадии переживания психологической травмы. Если этого не происходит, то подавленные эмоциональные реакции будут на подсознательном уровне спонтанно проявляться в семейных отношениях и воспитании ребенка.

Отклонения в личности родителей как причина нарушений развития ребенка и возникновения невроза

Наиболее часто личностные нарушения имеют место у матерей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии. Постоянное беспокойство матери за здоровье своего ребенка передается малышу. В связи с этим у ребенка появляются «вторичные» *невротические расстройства* в виде произвольных подергиваний мышц лица (тики), заикания, энуреза. Тики и энурез могут иметь характер своеобразной разрядки напряженного состояния днем (тики) и ночью (энурез). Нередко можно наблюдать несколько нервных расстройств, что характерно для общей нервно-соматической ослабленности ребенка. Одним из видов нервности у ребенка является *невропатия*, т. е. боязненно-повышенная или заостренная нервная чувствительность, она часто имеет наследственный характер. Одним из факторов неврпатии могут быть различные отклонения в течение беременности, особенно во второй ее половине (поздний токсикоз беременности).

*Одной из причин неврпатии* может быть острый или хронический стресс при беременности. Стресс, вызванный отрицательными переживаниями, приводит к гормональным расстройствам в организме материи. При этом выделяется гормон

беспокойства и страха — адреналин, который попадает в организм плода. После рождения такой ребенок проявляет общее беспокойство, он плохо спит, часто срыгивает. В дальнейшем он должен наблюдаться не только педиатром, но и психоневрологом.

57

Общие проблемы

Внутренние стратегии, которые выбирают родители ребенка с ограниченными возможностями для достижения социальной адаптации

Способность справиться со стрессовым событием зависит от ценностных ориентации 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 семьи ограничены в ресурсах и выборе альтернатив своего развития, их стратегией нередко является лишь пассивное принятие того, что происходит, — «навсе 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. *Семьи с фаталистической ориентацией* принимают все, что бы ни происходило, как должное. Для таких семей обычный способ поведения — это обвинение жертвы. Постоянные чувство вины, боязнь обвинений со стороны окружающих приводят к пассивной изоляции, вызывают чувство беспомощности и безнадежности.

Как относятся к детям с ограниченными возможностями специалисты, родители и общество

К числу социальных факторов отклонений развития у детей относится *уровень толерантности*, терпимости по отношению к «нестандартным детям».

Проблема состоит в том, что даже специалисты, работающие с детьми, зачастую проявляют нетерпимость по отношению к детям с ограниченными возможностями: они не так быстро усваивают программный материал, имеют отклонения в поведении и внешности. И первым желанием бывает изолировать, избавиться от них, направив в какое-либо специализированное учреждение. Однако не каждый ребенок с ограничениями в развитии должен воспитываться "в специальном учреждении. Бо-

58

лее того, нужно всячески способствовать контактам «нестандартных» детей со сверстниками, чтобы сформировать у последних правильные, реальные представления об их проблемах. Эффективность реабилитационной работы зависит от отношения специалистов и рядовых членов общества к тому, что дети с ограниченными возможностями тоже имеют способности и равные права со здоровыми.

Родители детей со специальными нуждами помимо переживаний событий и ситуации, свойственных большинству семей, испытывают воздействие и других факторов, многие из которых являются стрессорными, имеющими хронический характер.

Среди множества типов родительских стратегий можно выделить общие, направленные на *приобретение детьми некоего социально желательного статуса*, социально одобряемой роли в конкретной социальной группе или обществе. Реализация этого родительского устремления зависит не только от возможностей ребенка, но и от того, как сообщество оценивает его. Если окружение отвергает ребенка, родители не могут достичь своей цели. Более того, те родители, дети которых обесценены в системе культуры, сами обесцениваются как родители. 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.

Родители детей со специальными нуждами нередко имеют дело с противоречащими друг другу объяснениями состояния их ребенка, обусловленными культурой всего общества, их собственной семейной идеологией, установками ближайшего окружения и профессиональными оценками специалистов, работающих с ребенком. *Социальная оценка инвалидности как ограничения возможностей*, аномалии, непригодности делает маргинальным характер социальной жизни ребенка. Таким образом, ограничение возможностей следует понимать как процесс, в котором немаловажную роль играют факторы среды, углубляющие или компенсирующие первичные дефекты развития.

*Важнейшая общечеловеческая ценность*, на которой основывается сегодня социальное развитие во всем мире, — это *доброжелательное отношение к людям, не похожим на остальных*, восприятие детей с нарушениями развития прежде всего как

59

детей. Это, в свою очередь, требует соблюдения ряда условий: предоставление детям с ограниченными возможностями равных прав и особых условий для развития, обучение их навыкам независимости, самостоятельной жизни, умению отстаивать свои права.

Основой для *успешного взаимодействия специалистов и родителей* в целях максимального удовлетворения потребностей ребенка являются открытость и гуманизм, профессионализм и ответственность во всей системе отношений между ребенком, семьей, специалистом и обществом.

*Социальное окружение семьи* может как способствовать, так и противодействовать стрессам и кризисам в жизни семьи. Окружающие нередко несправедливы к родителям, возлагая на них вину за случившееся. Родители попадают в сложную ситуацию: с одной стороны, они помогают и заботятся о своих детях, желают им самого лучшего; с другой стороны, они принадлежат к обществу, которое, возможно, рассматривает их ребенка как социально непригодного, не имеющего никакой социальной ценности. Ожидания родителей по поводу будущего развития и жизни ребенка могут оказаться нереализованными не только в связи с его заболеванием, но и в силу препятствий социального характера. Когда недостатки развития ребенка выражены не грубо, родители сталкиваются с дополнительной трудностью — неопределенностью ситуации, в которой ребенок может быть принят или отвергнут окружением. Шаткое, неустойчивое положение ребенка является сильным стрессогенным фактором для всей семьи.

*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.

Каждый раз, когда на определенном этапе жизненного цикла происходит адаптация семьи к стрессу, видоизменяется и сама семейная система. Могут изменяться состав семьи, ее идеологический стиль, способы взаимодействия и функции. Если семья реагирует на стресс недостаточно гибко и становится несбалансированной, то возникает опасность дисфункции, т. е. патологического функционирования семьи: жестокого обра-

60

щения с детьми, разрушения психического здоровья членов семьи, ухудшения или распада внутрисемейных отношений. Если такая ситуация затягивается, это может привести семью к необходимости терапии. Наличие в семье ребенка с ограниченными возможностями рассматривается как хроническая стрессогенная ситуация.

Где лучше воспитывать ребенка с отклонениями в развитии — в семье или в учреждении?

*Ранее*, как за рубежом, так и в нашей стране, социально приемлемым считался отказ от аномального ребенка непосредственно в родильном доме, чтобы мать не успела к нему

привыкнуть. В последнее время отмечается обратная тенденция: *социально-приемлемым считается воспитание детей с отклонениями в развитии в семье*. Это определяет хроническую стрессовую ситуацию во многих семьях, даже в тех, которые, на первый взгляд, кажутся благополучными. При отсутствии нормальной социальной поддержки такие семьи часто распадаются. Одинокой матери далеко не всегда удается создать благоприятные условия для развития ребенка. В некоторых случаях это оказывается практически невозможным. И тогда единственным оказывается решение о временном помещении ребенка в детское учреждение системы социальной защиты. Однако это не значит, что ребенка, оказавшегося в системе государственной опеки, следует вычеркнуть из памяти по принципу «с глаз долой — из сердца вон». Необходимо, чтобы близкие навещали своих детей в этих учреждениях; посоветуйте матерям проводить с ними свободное время, чтобы они не чувствовали себя заброшенными и никому не нужными. Ведь эти учреждения создавались с единственной целью облегчения жизненных тягот семьи, а не для увеличения сирот в нашей стране.

Специальные исследования показали, что отрицательные последствия воспитания детей грудного и раннего возраста в учреждениях закрытого типа возникают не из-за отсутствия материального ухода, а являются следствием недостаточности эмоциональных контактов и совместной деятельности ребенка со взрослым, а также недостаточной сенсорной и социальной стимуляции ребенка в подобных учреждениях.

Специалисты, которые занимались этой проблемой, отмечали в своих выводах, что и в семье могут возникать условия,

61

которые существенным образом не отличаются от условий в учреждении, и что ребенок может страдать и в результате разлуки с матерью, хотя он физически с ней не разлучен (например, с депрессивной или с психопатической, холодной матерью).

Возникает также вопрос: не препятствует ли множественность лиц, заменяющих ребенку мать, 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.

Ошибки, которые не стоит повторять родителям при воспитании нестандартного ребенка

Следует иметь в виду, что родители обращаются к специалисту не столько за диагностическим заключением, сколько из желания услышать разуверения в серьезности положения и лишь в надежде на это переходят от одного специалиста к другому, упуская время для занятий с детьми.

В семьях детей с отклонениями в развитии может преобладать один из неправильных вариантов воспитания, а именно — *воспитание в культе болезни*. В этих случаях болезнь ребенка становится смысловым центром жизни всей семьи. Этот тип воспитания неблагоприятно отражается на личностном развитии ребенка и психологическом климате всей семьи.

В семье ребенка с отклонениями в развитии воспитание в культе болезни может сочетаться с эмоциональным отвержением других детей или даже отца ребенка. В этом случае необходима специальная психокоррекционная работа с семьей. При работе с семьей педагог должен хорошо себе представлять основные особенности родительской позиции по отношению к ребенку. А. С. Спиваковская выделяет *три критерия оценки родительских позиций*: адекватность, динамичность и прогно-стичность. При *адекватной оценке* родители правильно ориентированы в индивидуально-психологических особенностях ребенка; при *динамической* — характерна изменчивость родитель-ск5й позиции и в соответствии с этим изменчивость форм и способов общения с ребенком. При *прогностической* оценке позиции родителей отражают их способность к предвидению перс-

пектив дальнейшего развития ребенка и к перестройке взаимодействия с ним на основе этого. Иногда один из родителей может принимать роль мученика и жертвует всем во имя ребенка, который становится фокусом всех родительских устремлений в ущерб интересам остальных членов семьи. Аффективная напряженность матери не только плохо влияет на супружеские отношения, но прежде всего наносит ущерб здоровью ребенка. Он обычно растет нервным, возбужденным и терроризирует всех окружающих, требуя к себе постоянного внимания. Не отпускает мать ни на шаг, но ее присутствие не успокаивает его, а возбуждает еще больше. Это может привести к нарушению семейных отношений, включая конфликты между родителями, с другими детьми и т. п. Больной ребенок становится причиной обоюдных упреков и критики. Как правило, в этой ситуации ребенку не лучше, так как чрезмерная опека чаще всего выражается в том, что за него все делают, не позволяя пробовать свои силы и совершенствоваться таким образом свои умения. В дальнейшем у него наблюдается снижение адаптационных возможностей. Положение становится еще более трудным, из-за него возникают конфликты, распадается семья. Настроение матери мешает ей заниматься воспитанием, оно передается ребенку, создавая условия для развития невротических реакций.

Если родители замечают у ребенка отставание в развитии: «не начинает ходить», «не говорит», «двигательно беспокоен», «безучастен к окружающему», они обращаются к детскому врачу. И это правильно.

Однако большинство родителей направляют все свои усилия на диагностику заболевания, обследование ребенка и медикаментозное лечение. Немногие знают, что *успех лечения* будет зависеть от окружающих ребенка лиц и от выбора для него игрушки, и от участия взрослого в его играх, а главное, от своевременно начатых и систематических специальных занятий.

Нередки случаи, когда родители серьезно полагают, что без особых усилий с их стороны, только *с помощью какого-либо волшебного лекарства* или *экстрасенса*, или *гипноза* можно развить у детей мышление, память, внимание, речь и даже привить вкус и прилежание к учебе.

Не отрицая значения *перечисленных воздействий*, тем не менее надо сказать, что они *уместны только как состав-*

*ная часть в общем комплексе лечебно-педагогических мероприятий.*

Есть и такие случаи, когда родители понимают отставание в развитии как некое преходящее качество, исчезающее само по себе, по мере роста ребенка. «Ничего, — говорят они, — придет время — догонит». Или: «Я сам плохо в детстве говорил, заговорит». Несостоятельность таких суждений очевидна.

Как правило, родители неправильно оценивают возможности своих детей, не умеют наблюдать их. Так, например, мало кто обращает внимание, как играет ребенок, как использует игрушки. Нередки случаи, когда до 4,5—6 лет взрослые не замечают понижения слуха и зрения, недостатков речи или снижения познавательной деятельности.

Однако и в тех случаях, когда родители по достоинству оценивают значение воспитательных и коррекционно-обучающих мер воздействия, они часто допускают *серьезные педагогические промахи*. Бывает и так, что неправильные действия взрослых вызывают у детей негативную реакцию, двигательную расторможенность, плаксивость и даже отклонения в поведении.

Например, не зная *закономерностей развития детской речи*, родители скрупулезно следят за тем, чтобы малыш произносил слово «чисто». Заставляют его повторять одно и то же слово по нескольку раз, вызывая этим стойкий речевой негативизм. Ревниво следя за звукопроизношением, такие родители показывают ребенку буквы, учат его запоминать их, разучивают слово по отдельным слогам. Привлекая внимание ребенка, начинающего говорить, к отдельному звуку, взрослый затемняет для него восприятие мелодического

рисунка слова, без чего не может полноценно развиваться речь. Убедить родителей в том, что основным показателем развития детской речи является умение строить предложения сначала из двух, затем из трех, четырех слов и более бывает трудно. Немногие родители обращают внимание на то, что дети опускают, переставляют слова или слоги, неправильно оформляют конец слова: «пьет чашк-ам » (пьет из чашки) и т. д. Такие нарушения речи называются аграмматизмами. Именно они тормозят речевое и умственное развитие ребенка, так как мешают воспринимать и понимать тонкости речи окружающих, смысл сказок, стихов, рассказов. Не единичны случаи, когда логопедическое обследование выявляет у ребенка значительное отставание в

64

понимании речи, в то время как его родители считают, что «он все понимает, только не говорит».

Особо следует сказать о *желании родителей учить своих детей чтению*. Нередки случаи, когда взрослый, не знакомый с приемами обучения детей чтению, своими домашними методами приучает ребенка к побуквенному чтению, от которого очень сложно перейти к чтению слогами. В результате длительное время такой ученик не умеет читать, хотя его сверстники давно уже перешли к беглому чтению.

То же надо сказать о *неумеренном чтении книг или разучивании стихов*, когда ни содержание, ни объем читаемых текстов не согласуется с возрастом ребенка, его умственным и речевым развитием. Слушающий не понимает значения многих слов, не улавливает смысла читаемого или последовательности действий.

Бывает и наоборот, когда *не очень понятное чтение* вызывает повышенную *расторженность* и *нежелание слушать*. В этом случае у детей развивается то, на что чаще всего жалуются родители: «*неусидчивость*».

Деликатное дело помощи ребенку, отстающему в развитии, требует от взрослого определенных знаний, понимания трудностей ребенка, грамотного подхода к нему и грамотного построения занятий с ним, поэтому специалист должен советовать родителям серьезно отнестись к его методическим рекомендациям по организации игр и занятий с детьми.

Одной из *наиболее постоянных ошибок* воспитания является *снижение требований к ребенку*, закрепление за ним положения больного, что неблагоприятно влияет на психофизическое развитие.

Часто в семьях, где кроме ребенка с отклонением в развитии есть другие дети, складываются неправильные отношения в целом. Здоровому ребенку уделяют мало внимания, от него требуют, чтобы он во всем уступал «больному», всячески опекал его, не реагировал и не жаловался на неправильные поступки последнего. Все это отражается на формировании характера здорового ребенка, а иногда приводит к его нервному срыву. Правильная оценка родителями семейной ситуации, адекватное воспитание ребенка с отклонениями в развитии, регулярное консультирование со специалистами помогают установлению оптимального климата в семье. Часто наиболее тяжело переживают наличие в семье больного ребенка его младшие братья и

65

сестры. Старшие здоровые сестры бывают недовольны дополнительными обязанностями по уходу за ребенком и обеспокоены устройством личной жизни. Наиболее благоприятный психологический климат создается в семьях, имеющих не менее двух здоровых детей.

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, нарушение сна и аппетита, в дальнейшем признаки двигательной расторможенности, описанного выше гиперактивного поведения, трудности обучения, а в дальнейшем признаки социальной незрелости и различной формы дезадаптации в обществе.

Неблагоприятно на развитие ребенка влияют 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 также наказывали в детстве. Таким образом, традиции физических наказаний могут передаваться из поколения в поколение, т. е. иметь циклический характер. Наиболее часто физические наказания применяются пьющими родителями. Многие из них нуждаются в систематической помощи врачей — психиатра и психотерапевта. Применение психотерапевтических методик, включа-

66

ющих 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, подсознательно «отвергают» его.

Это выражается в *отсутствии интереса к ребенку*, недостаточности взаимодействия с ним. Такое отношение к детям нередко наблюдается у отцов детей с ранним детским аутизмом, а также и при других формах отклонений в развитии. 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.

Родителям важно помнить, что «шрамы» в душе ребенка оставляют не только физические наказания, но и психологическое его отвержение. Психологическое отвержение усиливает или определяет моторную и интеллектуальную недостаточность ребенка, формирует у него повышенную тревожность, склонность к страхам и фантазиям, усугубляет трудности их обучения, способствует нарушениям сна, аппетита, может явиться причиной стойкого энуреза.

Установлено, что если матери, склонные к физическому наказанию своих детей, проявляют, как правило, признаки агрессивности, то матери, психологически отвергающие своих детей, обладают низким уровнем взаимодействия с ними.

Неблагоприятное влияние на развитие психики больного ребенка оказывает и чрезмерная опека его родителями. Многие

67

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.

Влияние развода родителей на ребенка с отклонениями в развитии

Как показывают специальные исследования, развод весьма неблагоприятно сказывается на психическом развитии детей, как здоровых, так и больных. У них наблюдаются более выраженные эмоциональные нарушения и трудности межличностного общения. Особенно болезненно реагируют на развод родителей дети с менее выраженным интеллектуальным дефектом. Реакция девочек на развод обычно легче, чем у мальчиков. Дети, выросшие без отцов, часто имеют пониженный уровень притязаний. У них, особенно у мальчиков, выше уровень тревожности и чаще встречаются невротические симптомы. Мальчики из неполных семей труднее налаживают контакты со сверстниками, им труднее дается усвоение мужских половых ролей и соответствующего стиля поведения.

У неполных семей помимо отсутствия отца обычно имеются и другие проблемы: материальные трудности, суженный круг внутрисемейного общения, от которого во многом зависят воспитательные возможности. Женщина-мать, лишённая мужской поддержки, часто психологически травмирована, что отражается на ее отношении к детям. Имитируя отцовскую строгость и требуя от детей дисциплины, некоторые одинокие матери больше заботятся о формальном послушании, успеваемости, вежливости и т. п., нежели об эмоциональном благополучии ребенка. Другие, напротив, прямо признают свое бессилие. Третьи чрезмерно опекают детей, особенно единственных, пытаются оградить их от всех действительных и воображаемых опасностей. Хотя такое невротическое чувство кажется бескорыстным и даже жертвенным, оно крайне эгоистично и отрицательно сказывается на

68

ребенке. Чрезмерно опекаемый, заласканный ребенок сплошь и рядом вырастает пассивным, физически и морально слабым или же начинает бунтовать. Как показывают психологические исследования, сильная зависимость от матери часто сочетается с чувством враждебности к ней.

Что нужно знать родителям о семейном кризисе

Рождение больного ребенка часто воспринимается как катастрофа, трагизм, которые родители сравнивают со скоростной смертью самого близкого человека.

Среди специалистов считается общепризнанным, что переживания семьи являются особенно «острыми» в первое время после рождения ребенка. Их усилия в этот период направлены не только на диагностику и лечение больного ребенка, но и на психологическую помощь семье с целью смягчить первый удар и принять сложившуюся ситуацию такой, какая она есть, ориентацией родителей на активную помощь малышу. Тем не менее, в некоторых случаях первые острые чувства, которые испытывают родители в форме шока, вины, горечи, никогда не исчезают совсем, они как бы дремлют, являясь постоянно частью эмоциональной жизни семьи. В определенные периоды семейного цикла они вспыхивают с новой силой и дезадаптируют семью. Поэтому семьи, имеющие детей с отклонениями в развитии, нуждаются в постоянной психологической помощи и поддержке. Чем меньше ребенок, тем больше иллюзий удается сохранить родителям относительно его дальнейших успехов в развитии. Это наблюдается в

основном в тех случаях, когда речь идет о тяжелых поражениях мозга. Многие родители маленьких детей с болезнью Дауна и другими тяжелыми отклонениями в развитии в первую очередь обеспокоены, сможет ли ребенок обучаться по программе массовой школы. Когда дети подрастают, родители начинают понимать и принимать преимущества и необходимость специального коррекционного обучения. Однако это не избавляет семью от стресса.

Семья, имеющая ребенка с отклонениями в развитии, на протяжении жизни переживает серию критических состояний, обусловленных субъективными и объективными причинами. Эти состояния описываются самими родителями как чередования «взлетов» и еще более глубоких «падений». Как показывает наш опыт, семьи с лучшей психологической и соци-

69

альной поддержкой легче преодолевают эти кризисные состояния. При тяжелых отклонениях в развитии, обуславливающих инвалидность ребенка, особенно тяжело переживается родителями наступление его совершеннолетия. К сожалению, специалисты часто недооценивают тяжесть этого семейного кризиса по сравнению с более ранними, связанными с установлением диагноза, явными проявлениями отставания в развитии и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению.

Как показывает мировой опыт, благоприятный терапевтический эффект на семьи, имеющие нестандартных детей, могут оказывать ассоциации родителей, в частности, организаторами которых являются различные религиозные организации. При этом религиозность не является обязательным условием участия в этих ассоциациях. Обмен опытом, контакт с людьми, имеющими аналогичные проблемы, и их моральная поддержка позволяют супругам и особенно одиноким матерям избавиться от чувства одиночества, ненужности и незащищенности. Семейные ситуации перестают восприниматься ими как безысходные. Это, в свою очередь, предупреждает возможность ситуации отвержения больного ребенка и позволяет матери, наконец, ощутить так необходимые ей радости материнства. Супруги начинают понимать, что больной ребенок, как это ни парадоксально, может являться источником радости и способствовать их духовному и нравственному развитию. Они становятся гуманнее и мудрее, что отражается на их мировоззрении в целом. Супруги начинают осознавать, что все люди имеют права на существование, на любовь, насколько они совершенны, похожи или не похожи на других. Такое «прозрение» играет решающую роль в супружеских отношениях.

Родителей, имеющих нестандартного ребенка, следует подготовить к тому, что его воспитание в семье потребует много духовных и физических сил. Поэтому важно, чтобы на протяжении жизни они сохраняли физическое здоровье, душевное равновесие и оптимистический взгляд на будущее.

Известны семьи, в которых один или оба родителя «нестандартного» ребенка становятся высококвалифицированными специалистами в области специальной педагогики и психологии, пишут книги, делятся опытом с другими семьями и полностью реализуют свои способности в этой области.

70

Что должны знать приемные родители о своем воспитаннике

Практика показывает, что при воспитании приемного ребенка семья нередко сталкивается с определенными трудностями. Обычно это связано с дефицитом социального и эмоционального развития такого ребенка в раннем возрасте. Основные *эмоционально-личностные нарушения* возникают у детей-сирот в результате так называемой *эмоциональной депривации*, т. е. недостаточности удовлетворения потребности в эмоционально-личностном контакте. В настоящее время показано, что эта потребность является одной из основных для нормального эмоционального развития ребенка и прежде всего эмоционально-волевой и личностной сферы. У этих детей часто имеет место нарушение механизма вовлеченности во взаимоотношения с окружающими,

что отрицательно влияет на психическое развитие ребенка. Поэтому таким родителям обязательно потребуется помощь психолога.

Практика показывает, что трудности поведения этих детей вызываются многими причинами, также как и трудности обучения. Следует отметить, что *педагогическая и социальная запущенность* этих детей, как правило, сочетается с *биологической неполноценностью центральной нервной системы* ребенка. Особенно это остро проявляется при алкоголизме матери во время беременности, когда уже при рождении у ребенка выявляется так называемый алкогольный синдром плода.

Основные правила поведения родителей, которые хотят правильно воспитывать своего ребенка

Хорошо известно, что родители, как правило, испытывают большой интерес к воспитанию и обучению своего ребенка. Ребенок по-настоящему счастлив, когда чувствует заботу, внимание и любовь со стороны родителей. Для правильного воспитания ребенка важно, чтобы слова и дела родителей всегда могли быть примером для ребенка. Родителям следует помнить, что каждый их поступок, каждое произнесенное слово будет иметь значение в процессе обучения и воспитания. Особенно это касается детей с отклонениями в развитии, которые обычно меньше, чем другие дети, общаются с окружающим миром. Многие родители ошибочно считают, что маленькие дети и особенно дети

71

с отклонениями в развитии многого не понимают. Однако это не так. Прежде всего родители всегда должны выполнять обещания, данные ребенку.

Ребенок с особенностями развития больше чем здоровый ребенок нуждается в уважении к себе, он часто более впечатлителен, добр и беззащитен. Малейшее проявление недоброжелательности глубоко ранит его, его нервная система еще более слабеет, нестойкое психическое равновесие нарушается, он привыкает к упрекам, постепенно отдаляется от родителей, замыкается в себе, что усиливает его физические и психические проблемы и способствует патологическому развитию личности. Неблагоприятная обстановка для развития ребенка с отклонениями в развитии может сложиться и в детском учреждении, которое он посещает. В этих случаях родителям следует посоветоваться с психологом данного учреждения и психотерапевтом. Главное заключается в том, что к каждому ребенку несмотря на уровень умственного развития следует относиться с большим уважением и никогда не разговаривать с ним грубо. Родителям и окружающим взрослым никогда нельзя быть причиной плача и дискомфорта ребенка. Никогда не запугивайте ребенка. Вместо того чтобы запугивать беспокойного ребенка, постарайтесь понять причину его беспокойства. Одним из главнейших правил семейного воспитания ребенка с особенностями развития является предупреждение у него дискомфортного состояния, общего возбуждения, страха, реакций протеста. Следует помнить, что тревога, чувство страха ослабляют и без того слабую нервную систему ребенка с отклонениями в развитии, они также могут стать причиной болезненного воображения и даже психотического состояния. Родителям следует иметь в виду, что многие дети с отклонениями в развитии нередко проявляют раздражительность, агрессивность, двигательную расторможенность. Они длительное время не могут контролировать свои эмоции. Они чаще, чем здоровые дети, испытывают чувство дискомфорта, проявляя при этом упорное непослушание, склонность к бурному, безудержному поведению. В этих случаях ребенка следует показать детскому психиатру. Относиться к таким детям следует спокойно, ровно, доброжелательно, имея в виду, что многие из них больны и нуждаются в помощи детского невропатолога и часто психиатра.

72

Решение вопроса об отказе от ребенка

Отказ от ребенка в настоящее время негативно оценивается обществом. С другой стороны, нельзя недооценивать эмоциональные переживания родителей, особенно матери, у которых с рождением ребенка связывались определенные ожидания.

Специалисты должны помочь родителям принять решение, предоставив полную информацию и уважая право выбора, который адекватен их эмоциональному и социальному ресурсу: психологическим особенностям, ценностным ориентациям, материальным возможностям.

Вялый, пассивный ребенок

Такой ребенок в глазах окружающих может производить невыгодное впечатление. Вместе с тем он, как правило, умный, а часто и талантливый.

Выделяют три типа пассивных детей:

1. Дети, страдающие хроническими соматическими заболеваниями.
2. Дети, страдающие хроническими заболеваниями и нарушениями познавательной деятельности за счет низкой умственной работоспособности.
3. Физически здоровые, апатичные дети.

Во всех случаях необходима консультация психиатра.

Семьи группы риска Семейный алкоголизм и алкогольный синдром плода (АСП)

Внутриутробное развитие будущего ребенка начинается с момента оплодотворения женской половой клетки. 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. Причем сила повреждающего воздействия алкоголя в момент зачатия непредсказуема: могут быть как легкие нарушения, так и тяжелые органические поражения различных органов и тканей будущего ребенка.

Характерными признаками АСП являются отставание в росте, нарушения со стороны ЦНС, аномалии развития лицево-

73

го 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.

В исследовании Е. М. Мастюковой приводится точка зрения ряда авторов о том, что в патогенезе АСП определенную роль играет возникновение аутоиммунных реакций у матери. Известно, что антитела могут проникать через плацентарный барьер, а гематоэнцефалический барьер, по некоторым данным, не полностью защищает мозг плода от аутоиммунного повреждения.

Особенности воспитания ребенка в многодетной семье

. В благополучной многодетной семье, где каждый ребенок желанный и любимый, где правильно осуществляется процесс воспитания, создаются наиболее благоприятные условия для духовного и физического здоровья малыша.

Общая духовная направленность семьи, любовь, взаимоуважение и взаимопомощь составляют основу правильного воспитания ребенка. Однако в такой семье могут возникать и свои проблемы и трудности: они могут проявляться в перевозбуждении нервной системы детей в связи с более хаотичным и неорганизованным поведением малышей; может наблюдаться и педагогическая запущенность у старшего ребенка в связи с посто-

74

янным общением его с малышами. В отдельных случаях у старшего ребенка можно обнаружить признаки инфантилизма с преобладанием даже к школьному возрасту игровых интересов в связи с подражанием малышам, кроме того, у старшего ребенка может наблюдаться и некоторая задержка развития, повышенная внушаемость, эмоциональная незрелость.

Кроме того, в многодетной семье часто просматривается легкая дисфункция центральной нервной системы у кого-либо из детей.

Концепция воспитания ребенка в многодетной семье основывается на известной взаимосвязи между умственным и эмоционально-поведенческим развитием. Прежде всего родителям важно отметить специфические особенности характера каждого ребенка. Малейшие особенности в поведении или отставание в развитии должны быть вовремя замечены, и этот ребенок должен быть своевременно проконсультирован у специалистов, в частности, детского психоневролога.

При воспитании ребенка в многодетной семье необходимо: <• усиливать и развивать положительную уникальную неповторимость каждого ребенка, его индивидуальные способности и интересы, помогая ему осознать свою самоценность, развить чувство уверенности;

<• стимулировать умственное развитие с опорой на психическое состояние радости, спокойствия, раскованности; •♦ постепенно, но систематически включать ребенка в самооценивание своей работы и поведения.

Семья ребенка с шизофренией

Исследования, посвященные роли семьи в патогенезе шизофрении, стремились выявить ее влияние на возникновение и развитие мыслительных процессов, в частности ее роль в появлении нарушений мышления, характерных для шизофрении. Было установлено, что условия такой семьи затрудняют формирование у ребенка особенностей мышления, характерных для здоровых и, напротив, способствуют нарушениям, которые характерны для больных. Этому способствуют противоречивые коммуникативные отношения родителей с ребенком. Речь идет чаще всего о противоречивых требованиях родителей к ребенку, которые в связи с этим невыполнимы, но эта противоречивость оформлена так, что не осознается ребенком. Например,

75

родитель больного шизофренией нередко упрекает ребенка в холодности и одновременно в неумении сдерживать свои чувства. Ребенок в этих условиях постоянно чувствует себя сбитым с толку, не обнаруживает логики, закономерности, что затрудняет развитие мышления.

Нарушениям мышления, характерным для шизофрении, способствуют и нелогичность, парадоксальность взаимоотношений в семье. Семейные взаимоотношения должны быть понятны ребенку, однако семьи больных шизофренией отличаются тем, что в их поведении нет ясной, доступной пониманию ребенка логики.

Характерными для таких семей являются «псевдоотношения», а именно «псевдовзаимность» и «псевдовражда». Для «псевдоотношений» характерно противоречие между провозглашаемыми ролевыми требованиями и тем, какое поведение

в ответ на эти требования в действительности ожидается. В результате складывается ситуация, когда средства, обычно используемые семьей для того, чтобы помочь ее членам строить свое поведение в соответствии с требованиями семьи (вербальные указания, санкции и др.), в семье больного шизофренией вводят его в заблуждение, затрудняют «улавливание» последовательности семейных взаимоотношений. Структура взаимоотношений в семье ребенка с шизофренией подобрана таким образом, что хотя стороны и заинтересованы в успехе, но ни одна из них не может выиграть.

Характерная особенность нарушения личности при шизофрении — это «аутизм, отрыв от реальности, нарушение единства переживаний, эмоциональные расстройства в виде побледнения аффекта, его неадекватности».

Изучение родителей детей с шизофренией показывает, что характерный для них стиль воспитания еще более «отрывает» ребенка от реальности, парализует его активность. В таких случаях встречается значительно выраженная «потакающая» опека. Этот тип взаимоотношений отнимает у ребенка возможность освоения приемов решения проблем, что необходимо для его развития.

#### Приемный ребенок в семье

Приемные родители, усыновившие ребенка, нуждаются в специальном обучении на профессиональном уровне.

76

Кроме того, важное значение имеет специальное обучение приемных родителей до принятия ими на воспитание ребенка. Это обучение помогает приемным родителям решить для себя очень важный вопрос, а именно сумеют ли они справиться с тем нелегким бременем, которое они добровольно на себя возлагают. Приемный родитель, принимая на воспитание чужого ребенка, должен хорошо понимать, что ему просто необходимо делиться опытом с другими заинтересованными лицами. Кроме того, приемные родители должны уметь работать с консультантами, врачами, психологами и педагогами. Воспитание чужого ребенка требует от приемных родителей большой специальной работы. Это прежде всего записи о состоянии здоровья ребенка, финансовые отчеты, если они получают материальную поддержку от государства, а также записи о процессе адаптации ребенка к принявшей его на воспитание семье, школе, друзьям, а также его взаимоотношения с родной семьей.

Известно, что дети попадают в чужую семью по разным причинам, и каждый из них может переживать психическую травму. Приемные родители должны не только удовлетворять физические потребности ребенка, но прежде всего способствовать формированию у него тех или иных привязанностей. Очень важно, поощряя ребенка, ласково смотреть на него, улыбаться ему, разговаривать с ним, т. е. полноценно общаться. Если к двум годам у ребенка не сформированы привязанности, снижается вероятность их успешного формирования в более старшем возрасте.

Дети попадают в чужую семью, имея различный жизненный опыт. Кроме того, у каждого из них своя индивидуальность и потребности. Вместе с тем каждый из них переживает психическую травму, нанесенную расставанием с родной семьей или же детским учреждением, в котором он находился до усыновления. На то, как ребенок перенесет разлуку, оказывают влияние те эмоциональные узы, которые возникают в раннем детстве. В возрасте от шести месяцев до двух лет у ребенка формируются привязанности к тому человеку, который максимально поощряет его, и наиболее чутко реагирует на все потребности. Обычно таким человеком является мать, поскольку она чаще всего кормит, одевает и ухаживает за ребенком. Наиболее важное значение имеет полноценное общение с малышом.

77

Если ребенок никогда не испытывал никаких привязанностей, он, как правило, никак не реагирует на расставание с родными родителями. Напротив, если у него была сформирована естественная привязанность к членам своей семьи, он будет бурно

реагировать на то, что его забирают из семьи. Ребенок некоторое время может испытывать настоящее горе, причем каждый переживает его по-своему. Очень важно, чтобы приемные родители могли предвидеть реакцию ребенка на расставание с родными и проявить чуткость.

Приемный ребенок должен чувствовать себя в безопасности. Ребенок может испытывать тайный страх, что его приемные родители откажутся от него, если он будет плохо себя вести. Приемные родители всегда должны помнить об этом и дать себе клятву, что они никогда ни под каким предлогом не скажут, даже не намекнут, что такая мысль может прийти им в голову. Одна необдуманная угроза может навсегда разрушить доверие ребенка к приемным родителям. Если же этот вопрос придет ребенку в голову, то и мать, и отец всегда должны горячо уверять ребенка, что он принадлежит им навсегда. Но не нужно слишком часто говорить об этом ребенку. Не слова, а доказательства настоящей родительской любви, искренней и естественной, дают ребенку самую большую уверенность в собственной безопасности.

#### Семья аутичного ребенка

Аутичные дети, как правило, первые, а нередко и единственные в семье. Из-за отсутствия опыта родители долго не замечают особенностей ребенка. Третий год жизни является критическим для родителей, так как становится очевидной серьезность отклонений ребенка. *Реакция родителей* проявляется в подавленности, растерянности перед неконтактностью ребенка, в комплексе собственной неполноценности, в полном отказе от себя во имя ребенка, в тревожных опасениях в связи с предполагаемой ролью «плохой наследственности». Это усугубляется невыгодным сравнением своего ребенка с «нормальными» детьми. Возникает напряженность, скрытая или явная конфликтность семейных отношений, взаимные обвинения родителей.

*Позиции родителей* могут быть различными. Одни из них недооценивают реальные успехи и возможности ребенка, фик-

78

сируясь на его недостатках. Они стыдятся за ребенка. Воспитание строится на жестко-директивных принципах. Другие родители, наоборот, всячески преувеличивают достижения своих детей и затушевывают их недостаточность. Часто родители сами многое делают за ребенка, не замечая этого и приписывая результаты ребенку. Во многих семьях имеет место противоречивость позиций. Многие родители считают главным вербально-интеллектуальное развитие, хотя западает преимущественно невербальное развитие.

Специалист, работающий с аутичным ребенком, должен знать об *особой ранимости его близких*. В момент постановки диагноза семья переживает тяжелейший стресс. Достаточно поздно — в три, четыре, а иногда и в пять лет, родители узнают, что их ребенок, который до сих пор считался здоровым и одаренным, «необучаем»: ему следует оформить инвалидность и поместить в специальный интернат. Состояние стресса для семьи нередко становится хроническим. Семья может столкнуться с недоброжелательностью соседей, агрессивной реакцией людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении. Во всем мире семьи, воспитывающие аутичных детей, оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие детей с другими особенностями, в том числе с умственной отсталостью. *Стресс в большей степени проявляется у матерей*, испытывающих чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, они имеют очень низкую самооценку, считая себя плохими воспитателями. Ребенок с раннего возраста не поощряет мать, не смотрит в глаза, не любит бывать на руках, иногда даже не выделяет ее из других людей, не отдает предпочтения в контакте. Такой ребенок не несет ей достаточного эмоционального отклика, радости общения. Это приводит к депрессивности, астено-невротическим проявлениям. *Отцы*, как правило, проводят больше времени на работе, хотя на них ложатся обязанности материального обеспечения семьи, которые носят

долговременный характер. *Братья и сестры* аутичных детей тоже испытывают определенные трудности, так как родители нередко вынуждены жертвовать их интересами. Они могут чувствовать обделенность вниманием, чувствовать, что родители их любят меньше. Иногда они разделяют заботы семьи, а иногда и отстраняются, что дополнительно ранит

79

родителей. Ранимость семьи с аутичным ребенком усиливается в периоды его возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития: поступление ребенка в дошкольное учреждение, в школу, достижение им переходного возраста. Наступление совершеннолетия и обозначающего его события (получение паспорта, перевод к взрослому врачу и т. п.) порой вызывает у семьи еще больший стресс, чем постановка диагноза.

Чрезвычайно важно помочь родителям прийти к мысли о нецелесообразности отказа от себя во имя ребенка. Объяснить, что это не способствует развитию и социализации ребенка. Все взрослые члены семьи должны достичь единства в понимании поведения и нужд ребенка, а также предъявляемых к нему требований. Для этого им предлагаются готовые рецепты поведения.

Одаренный ребенок в семье

Что такое одаренность?

*Одаренность* — это *качественное своеобразие развития с проявлением выдающихся способностей и достижений в одной или нескольких сферах*: интеллектуальной, художественной, организаторской, спортивной и др. Большинство специалистов считают, что для одаренности характерно опережение развития в одной или нескольких областях деятельности. В познавательной деятельности это проявляется в виде выраженной любознательности, активного исследования окружающего, часто в сочетании с прекрасной памятью и ранним языковым развитием. Кроме того, одаренного ребенка нередко отличают сосредоточенность и большое упорство, а также изобретательность. Вместе с тем одаренному ребенку часто недостает эмоционального равновесия. Такой ребенок может проявлять страхи, нетерпение, гиперподвижность, повышенную чувствительность. Для одаренного ребенка часто характерна неравномерность психического развития. Так, при значительном опережении развития психических функций он может проявлять моторную неловкость.

*Проблема наследственности* в структуре развития одаренности широко обсуждается в специальной литературе. Особую проблему представляет *сочетание одаренности с ранним про-*

80

*явлением у ребенка психической патологии*. Родителей следует информировать о том, что одаренный ребенок нередко требует индивидуального подхода и, возможно, консультации психолога или психотерапевта.

Проблема жестокого обращения с ребенком в семье

Педагогу, психологу и другим специалистам, работающим с детьми, необходимо знать те формы неправильного воспитания, которые наносят непоправимый вред психическому и физическому здоровью ребенка, могут привести к его инвалидности и нередко к летальному исходу (Приложение III). Специалист не может спокойно относиться к такому явлению или делать вид, что ничего не происходит. Необходимо, чтобы окружающие знали о таком явлении как можно больше, чтобы к работе с родителями привлекались психологи, врачи, общественные организации, наконец, если все методы воздействия исчерпаны — правоохранительные органы.

Причиной таких нарушений и отклонений нередко служит насилие, пережитое в детстве. Его последствия могут побуждать родителей к подобным действиям в отношении собственных детей. Но бывают и другие причины. Например, материальная зависимость одного из супругов от другого (чаще матери от отца или отчима), что заставляет

закрывать глаза на поведение «хозяина» в доме. Известны случаи, когда мать старается не замечать состояния дочери, подвергающейся насилию со стороны отца (отчима), а когда все выходит наружу, избивает ребенка или упрекает в том, что теперь они остались без средств к существованию. Более того, в некоторых случаях мать сама подвергает физическому насилию своего ребенка младенческого или раннего возраста, а затем рассказывает врачу, что он сам падает и разбивается. Иногда в издевательствах над ребенком участвуют оба родителя.

Установлены факторы риска (обстоятельства, ситуации), способствующие жестокому обращению с детьми в семьях. (Сафонова Т. Я. и соавторы. 1993 г.)

Различные формы насилия по отношению к детям могут быть вызваны семейными проблемами (социальное неблагополучие семьи, наличие в ней эмоциональных или связанных с состоянием здоровья сложностей), а также сочетаниями специфических особенностей родителей и ребенка.

81

*Социальные проблемы, семьи: Факторами риска могут быть:*

- ◆ неполная или многодетная семья, а также та, в которой постоянно возникают конфликты между взрослыми;

- ◆ семьи с приемными детьми;

- ◆> наличие в семье больного алкоголизмом или наркоманией; ••• социальная изоляция семьи, специфические культурные или религиозные факторы;

- ◆ стресса, ставшие следствием безработицы, финансовых трудностей, потери или смерти близкого человека, супружеских конфликтов, чрезмерной занятости взрослых;

- ◆ использование психического и физического насилия в качестве наказания;

- ◆ юные родители (17 лет и моложе) с неадекватными родительскими навыками;

- ◆ низкий уровень образования и недостаточный профессионализм родителей;

- > статус беженцев в результате межнациональных конфликтов. *Состояние здоровья и поведение родителей и других членов*

*семьи:*

- психические заболевания (психоз, депрессия); критические состояния (попытки суицида, нервные потрясения);

- умственная отсталость;

- недостаточный самоконтроль или импульсивность; наличие в прошлом в семьях случаев жестокого обращения с детьми, incesta, привлечения к уголовной ответственности за половые преступления;

- > родители в детстве сами подвергались жестокому обращению, сексуальной агрессии и были лишены родительского внимания. *Факторы риска, характеризующие особенности детей —*

*жертв насилия:*

- нежеланный ребенок;

- наличие у ребенка умственных и физических недостатков;

- низкая масса тела при рождении, недоношенность;

- нелюбимый ребенок в семье;

- сходство с нелюбимым родственником;

- нарушения в поведении ребенка, включая гиперактивность;

- \* трудный ребенок »;

- высокоодаренный или талантливый ребенок.

82

*Формы жестокого обращения с детьми*

Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми и пренебрежения их интересами:

- ◆ физическое насилие;

- > сексуальное насилие или развращение;

- ◆ психическое (эмоциональное) насилие;
- ◆ пренебрежение нуждами ребенка (моральная жестокость). Мировая практика показывает, что индивидуальные и групповые занятия с некоторыми категориями таких родителей могут быть эффективными. Они показывают родителям, что не только у них, но и у других людей могут быть аналогичные проблемы, что с ними можно и нужно бороться, а вместе это сделать легче, чем в одиночку.

Чтобы помочь ребенку и, возможно, его родителям, необходимо не только знать, какие бывают формы жестокого обращения с детьми, но и как их распознать.

#### *Физическое насилие*

Это преднамеренное нанесение физических повреждений ребенку родителями или лицами, их заменяющими, либо ответственными за их воспитание. Эти повреждения могут привести к смерти, вызвать серьезные (требующие медицинской помощи) нарушения физического, психического здоровья или отставание в развитии.

Физическое насилие можно распознать по особенностям внешнего вида, характеру травм и особенностям психического состояния и поведения ребенка.

#### *Внешний вид:*

- ◆ множественные повреждения, имеющие специфический характер (отпечатки пальцев, ремня, сигаретные ожоги) и различную степень давности (свежие или заживающие);

- ◆ задержка физического развития (отставание в весе и росте), обезвоживание (грудных детей);

- ◆ признаки плохого ухода (гигиеническая запущенность, неопрятный внешний вид, сыпь).

#### *Основные типы травм:*

- > на туловище — синяки, ссадины, раны, следы от прижигания предметами, горячими жидкостями, сигаретами или от ударов ремнем, повреждения внутренних органов или костей травматического характера;

83

- ◆ на голове — ретинальные геморрагии (кровоизлияния в глазное яблоко), участки облысения, выбитые или расшатанные зубы, разрывы или порезы во рту, на губах.

Частой формой физического насилия у детей раннего возраста является синдром сотрясения, который характеризуется ретинальными геморрагиями и субдуральными гематомами (кровоизлияния под оболочкой головного мозга) без наружных признаков повреждений. Проявляется в виде потери сознания.

#### *Сексуальное насилие или развращение*

Вовлечение ребенка с его согласия или без такового, осознаваемое или неосознаваемое им в силу функциональной незрелости или других причин в сексуальные действия со взрослыми с целью получения последними удовольствия или выгоды.

Таким образом, развращением считается не только собственно половой акт, но и *широкий спектр других сексуальных действий:*

- ◆ мануальный, оральный, генитальный или любой другой телесный контакт с половыми органами ребенка, а также ласки эрогенных зон;

- ◆ \*X\* введение для стимуляции предметов во влагалище, анус;

- ◆ сексуальная эксплуатация ребенка для порнографических целей или вовлечение в проституцию;

- ◆ несоответствующие возрасту ребенка домогательства, демонстрация эротических материалов с целью стимуляции ребенка;

- ◆ мастурбация, обоюдная со стороны ребенка и взрослого;

- ◆ эксгибиционизм — демонстрация обнаженных гениталий, груди или ягодиц перед ребенком;

- > вуайеризм — подглядывание за ребенком в момент купания, переодевания или пребывания в туалете, а также принуждение ребенка к раздеванию.

Под сексуальным насилием подразумеваются случаи сексуальных действий между подростками, если они совершались с применением угрозы или физической силы, а также в том случае, если разница в возрасте насильника и жертвы составляет не менее 3—4 лет.

Согласие ребенка на сексуальный контакт не дает оснований считать его ненасильственным"; поскольку ребенок:

84

а) не обладает свободной волей, находясь в зависимости от взрослого;

б) не может в полной мере предвидеть все негативные для себя последствия сексуальных действий.

*Психическое (эмоциональное) насилие*

Периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие родителей (опекунов) и других взрослых на ребенка, приводящее к формированию у него патологических черт характера или же тормозящее развитие личности. *К этой форме насилия относятся:*

◆> открытое неприятие и постоянная критика ребенка;

◆ оскорбление и унижение его достоинства;

◆ угрозы в адрес ребенка, проявляющиеся в словесной форме без физического насилия;

◆> преднамеренная физическая или социальная изоляция ребенка;

◆ предъявление к нему чрезмерных требований, не соответствующих возрасту или возможностям;

◆◆◆ ложь и невыполнение взрослыми обещаний;

◆ однократное грубое психическое воздействие, вызвавшее у ребенка психическую травму.

Особенности психического состояния и физического развития, позволяющие *заподозрить эмоциональное насилие*: задержка физического и умственного развития; нервный тик; энурез;

печальный вид;

различные соматические заболевания (ожирение, резкая потеря массы тела, язва желудка, кожные заболевания, аллергическая патология).

Сексуальное насилие и психическое (эмоциональное) распознается чрезвычайно сложно. Признаки, характерные для различных форм жестокого обращения с детьми, могут встречаться и при других состояниях или психических расстройствах. Поэтому при оценке каждого конкретного случая насилия над детьми следует рассматривать весь комплекс симптомов, психических особенностей, социальных условий и обстоятельств, связанных с жестоким обращением.

85

*Пренебрежение нуждами ребенка (моральная жестокость)*

Отсутствие со стороны родителей или лиц, их заменяющих, элементарной заботы о ребенке, в результате чего нарушается его эмоциональное состояние и появляется угроза его здоровью или развитию, что может служить причиной *неудовлетворения основных потребностей ребенка*;

◆> отсутствие адекватного возрасту и потребностям ребенка питания, одежды, жилья, образования, медицинской помощи, включая отказ от его лечения;

◆ отсутствие должного внимания или заботы, в результате чего ребенок может стать жертвой несчастного случая;

◆ нанесение повреждения, вовлечение в употребление алкоголя, наркотиков, а также в совершение правонарушений.

Недостаток заботы о ребенке может быть и непредумышленным. Он может быть следствием болезни, бедности, неопытности родителей или их невежества, следствием стихийных бедствий и социальных потрясений.

Заброшенными могут оказаться дети, проживающие не только в семье, но и находящиеся на государственном попечении.

#### Жестокое обращение с супругой

Еще в 70-х годах внимание общественности в США было привлечено к проблеме психологического отвержения и физических «наказаний» жены со стороны мужа. Избиваемая женщина часто испытывает страх, чувство вины и собственной неполноценности. Иногда она боится за свою жизнь, но чаще считает, что, возможно, муж прав, наказывая ее. Ей может казаться, что она сама провоцирует супруга. Она может обвинять только себя за неудачный брак. Мужчины, склонные к такому поведению, обычно подозрительны, негодуют, переполнены гневом. Они стараются скрыть от посторонних глаз свое агрессивное поведение, чувствуют себя в чем-то обманутыми неудачниками. Он может бить жену, будучи в плохом настроении, чувствуя неудовлетворенность своим местом в жизни. На жене он может выместить все свои чувства по отношению к начальнику без всякого для себя вреда. Такие мужья чаще подвергались насилию со стороны собственных родителей в детстве, и их мать нередко переносила побои отца. Как правило, у них были трудности в социальных взаимоотношениях. Избиваемая жена не может

быть хорошей матерью, она прежде всего нуждается в психологической поддержке, изменении собственного имиджа, повышении самооценки.

#### Некоторые проблемы родителей «особого» ребенка

Проблема воспитания «нестандартного» ребенка в семье является кардинальной для родителей. Это главный вопрос, на который родители хотят получить ответ. Но на него не так легко ответить и специалистам. Действительно, простых ответов не существует, все зависит от конкретной ситуации.

Наиболее общий принцип воспитания такого ребенка — это по возможности обращаться с ним как с обычным ребенком. Часто особые дети, растущие в семье и воспитывающиеся в учреждении, сильно различаются, хотя имеют сходные нарушения. Некоторым родителям, имеющим детей с тяжелыми нарушениями, удается брать их с собой везде, например, в гости к друзьям, в кафе пообедать, и поведение этих детей оказывается социально приемлемым. В то же время поведение таких же детей, которые были изолированы от общества и не имели социального опыта в таких же ситуациях, оказывается неприемлемым. Будучи взрослыми, последние продолжают вести себя неадекватно. Известный английский ученый Бриан Кирман приводит такой пример: взрослая умственно отсталая женщина, живущая в учреждении, очень гордится своей вставной челюстью и показывает ее всем посетителям. Несомненно, что такое детское поведение отчасти связано с ее интеллектуальной недостаточностью. Тем не менее она вела бы себя по-другому, понимала бы, что посетителей это не интересует, выбрала бы какую-то более приемлемую форму общения с ними, если бы жила в семье и имела опыт общения с посторонними людьми. Еще один пример неудачной социальной адаптации молодого человека, воспитывавшегося в учреждении. Будучи принятым на работу в магазин, он по привычке продолжал «стрелять» у всех, в том числе у покупателей, сигаретку. Естественно, он был уволен, хотя справлялся со своими обязанностями. Его поведение было бы другим, если бы он имел другой жизненный опыт.

Различные трудности подстерегают родителей на различных этапах жизненного цикла семьи, на разных возрастных этапах развития ребенка. Если в семье кроме «особого» имеют-

ся и другие обычные дети, родители могут сравнить темпы их развития и понять, что такое хронологический возраст, т.е. возраст, которому соответствует развитие их ребенка. Полезно поговорить с родителями на эту тему. Это поможет им по-другому взглянуть на своего особого ребенка и не сравнивать его достижения с достижениями других детей, а только с его собственными. «Особый» ребенок и развивается по-особому.

Родители должны быть не только оптимистами, но и реалистами.

С одной стороны, им не следует требовать от особого ребенка слишком много в плане обучения, с другой стороны, нельзя ничего не ждать от ребенка, особенно снижать требования к его поведению.

Одной из ошибок родителей является неадекватное ожидание от ребенка недоступного ему, по крайней мере на данном этапе, уровня обучения, например, чтению. Это приведет к тревожности и нервозности ребенка, нежеланию учиться вообще.

Не менее серьезной ошибкой является гиперпротекция и позволение ребенку вести себя как ему заблагорассудится, хотя такое поведение невыносимо для близких и посторонних.

Существует категория родителей, которые не могут смириться с тем, что у ребенка имеются особенности развития, предъявляют к ним непомерные требования, пренебрегают их естественными нуждами и потребностями, даже подвергают психическому и физическому насилию. Однако значительно больше тех, кто на том основании, что ребенок особый, допускают неприемлемое поведение с его стороны.

В некоторых случаях ребенок начинает использовать как оружие вспышки гнева, особенно в общественных местах, «играет на публику». Он бросается на пол и кричит до посинения. Это приводит мать в полное замешательство. Она быстро уступает и дает ребенку то, что он требует, тем самым подкрепляя его неправильное поведение. В этом отношении требования к «особому» ребенку должны быть такими же, как к обычному, который может стать нервным из-за повышенных требований родителей либо из-за их попустительства. При этом лечебные мероприятия могут сочетаться с педагогическими.

Родители маленького ребенка с ограниченными возможностями очень нуждаются в моральной и материальной поддержке.

" Л

88

Они нуждаются в симпатизирующем и сочувствующем им человеке, с которым можно было бы обсудить свои проблемы. Конечно же они могут пойти к своему участковому врачу, которому могут быть интересны или абсолютно не интересны их проблемы.

В настоящее время немного учреждений, которые могли бы оказать им помощь по всем аспектам проблемы. В разном возрасте возникают разные вопросы. Иногда родители думают, что ребенку неохотно оказывают помощь, плохо лечат из-за того, что он не такой как все. Например, при синдроме Дауна нередко встречаются пороки сердца, которые успешно оперируются у других детей. Необходимо, чтобы кто-то обсудил эту проблему с родителями ребенка с синдромом Дауна и объяснил, что эту операцию делают всем детям, которые могут ее выдержать. Как показывает опыт, родителям часто легче получить информацию о природе дефекта и его возможных причинах, чем о других аспектах проблемы, например, причинах нарушения поведения, таких как повышенная возбудимость, негативизм, агрессивность, самоповреждающее поведение и др.

Сейчас делается много усилий, чтобы подготовить высоко квалифицированных специалистов по выявлению детей групп риска и оказанию ранней помощи. Однако, в нашей стране эта работа только начинается и таких специалистов недостаточно, чтобы охватить всех нуждающихся и справиться с объемом работ.

Родители делают много и достигли определенных успехов в вопросах взаимопомощи. Организуются специальные группы при различных учреждениях, ассоциации родителей детей с разными формами нарушений развития: родителей детей с болезнью Дауна, синдромом Ушера и др. Однако все еще очень мало учреждений кратковременного пребывания, которые принимают таких детей в дневные часы. Такие учреждения имеют большое значение как альтернатива стационарам для семей с низким материальным уровнем.

Вопросы и задания

1. Какова роль семьи в воспитании « нестандартного » ребенка?

2. Какое значение в воспитании ребенка имеет активная позиция родителей?  
89
3. Как относятся к семье, воспитывающей «особого» ребенка, в обществе?
4. Какое воспитание квалифицируется как «жестокое обращение с детьми» ?
5. Какое влияние оказывает на «особого» ребенка развод родителей?
6. Назовите особенности воспитания ребенка в многодетной семье.
7. Что должны знать приемные родители?
8. Каковы особенности воспитания ребенка с шизофренией в семье?
9. Особенности семьи, воспитывающей аутичного ребенка.
10. Общие проблемы семей, воспитывающих «нестандартных» детей.  
90

## ГЛАВА 5

### Психотерапия

в коррекционной работе

с детьми

с отклонениями в развитии

Психотерапия детей дошкольного возраста

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.

*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 отклонениями* в развитии 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.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у многих детей с отклонениями в развитии рано возникают *вторичные эмоциональные расстройства реактивного характера* в виде чувства неуверенности, страха речевого общения, пониженного (Бона настроения, чрезмерной обидчивости, тревожности. Все эти эмоциональные расстройства ослабляют еще боль-

92

ше нервную систему ребенка и создают неблагоприятные условия для развития различных невротических состояний (заикания, энуреза, страха, насильственных движений — тиков и т. п.).

Важное значение при работе с дошкольниками имеет *игровая психотерапия*. В играх подбираются специальные ситуации, которые хорошо понятны ребенку и актуальны для него. В процессе игры ребенок обучается адекватному взаимоотношению с окружающими.

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. Важен дифференцированный подбор сюжетов для игр, способствующих адаптации ребенка к своему окружению. Содержание игр должно всегда соответствовать уровню умственного развития ребенка.

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. На первом этапе игровой терапии педагог наблюдает за ребенком в различных игровых ситуациях. На последующих этапах ребенок активно вовлекается в целенаправленную игровую деятельность. 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.

93

Арттерапевтические методы психотерапии и психокоррекции\*

Психотерапия и психокоррекция, используемая в практике работы с детьми с проблемами, включает 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):

— эмоциональной и другими формами депривации, переживаниях 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 отношений в микросоциуме, негативной «я-концепции», низкой, дисгармоничной, искаженной самооценкой, низкой степени самопрятия, повышенной агрессивности;

— психосоматические отклонения, расстройства, которые могут проявляться в виде вегето-сосудистой 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, при активной роли самого ребенка, а также когда задачи такой работы

\* Раздел написан М.С.Вальдес-Одрисола

94

ставятся с учетом понимания целостной личности, в совокупности всех ее качеств и свойств.

Арттерапевтическая работа с детьми с отклонениями 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

95

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 ситуации.

*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 личностно-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 составляю-

96

щими зависит и от сотрудничества с родителями. Объектом 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, т. е. позволяет избирательно осуществлять коррекцион-но-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 /

97

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 арт-терапевтической 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.

Методы арттерапии предоставляют ребенку с проблемами возможности для самовыражения и саморазвития, самоутверждения и самопознания. 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.

98

*Основным методом* арттерапевтического воздействия является коммуникация, активное сотрудничество, творческий диалог, партнерство. В этом заключается его принципиальное отличие от традиционных схем взаимодействия «врач — пациент», «учитель — ученик».

Преодоление внутренних барьеров возможно средствами искусства, через изменение образа себя, 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 арт-терапии по О. А. Карабановой (1997г.):

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, 1987г.).

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

1. Упражнения, предполагающие работу с разными изобразительными материалами и имеющие целью общую активизацию и развитие сенсомоторной сферы (например, разминая кусок глины, 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 школьников* («каракули Винникота» — один

99

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: «жизнь в школе», «поход», «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 ковре-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). ■ — — ^

100

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).

Психотерапевтическая работа с семьей

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 является 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

101

в отношении здоровья членов семьи, беспокойство при их отлучках, поздних возвращениях.

В основе «*семейной тревоги*», как правило, лежит 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 родителско-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 *гейтальттерапии, арт-терапии, 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 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.

■ - - ■\* -

102

*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.

103

#### Психогигиена семейного воспитания

Многими авторами описаны различные формы отклонений в развитии личности ребенка и подростка при неправильном семейном воспитании. В связи с этим важное значение имеет психогигиена семейного воспитания. В психогигиене семейного воспитания важное значение принадлежит диагностике неполных семей, а также наличию алкоголизма, асоциального поведения родителей, психических заболеваний у членов семьи, особенно у матери. Известно, что употребление будущей матерью во время беременности алкоголя обуславливает появление у ребенка так называемого алкогольного синдрома.

Нередко источником эмоционального напряжения членов семьи и ребенка является *неправильное отношение родителей к возможностям ребенка*. Некоторые из родителей, не учитывая реальных возможностей ребенка, требуют от него высоких достижений, определяют его в специальные школы с более интенсивным изучением отдельных предметов, физически наказывают его при невысоких показателях успеваемости. Известны случаи, когда оскорбления и наказания подростка в связи с низкими оценками или неуспеваемостью приводят к попыткам самоубийства «назло» родителям, как реакции протеста. Задача педагога — выявить неправильное отношение родителей к низкой успеваемости ребенка и провести с ними соответствующую беседу.

Важное значение в психогигиене семейного воспитания занимает *гигиена умственного труда* ребенка и подростка. При соблюдении гигиены умственного труда нельзя допускать, чтобы школьник приступал к выполнению домашних заданий сразу

после прихода из школы, без предварительного отдыха, что снижает продуктивность интеллектуальной работы и увеличивает время на приготовление уроков. Это в свою очередь приводит к переутомлению и еще более выраженному нарушению умственной работоспособности.

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

104

окупаются теми счастливыми эмоциональными переживаниями, которые он доставляет.

Совсем по-другому обстоит дело, когда в семье рождается ребенок с отклонениями в развитии. В большинстве случаев это приводит к шоковой реакции родителей. Они чувствуют себя оглушенными, ошеломленными, обескураженными. У некоторых возникает реакция отрицания. Они не могут примириться со случившимся и отрицают очевидное: «Ребенок совершенно здоров, кто придумал такую глупость, что он болен?» Если отклонения 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 отклонения 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 незащищенно 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 степени умственной отсталости ребенка и тяжести его социальной дезадаптации. 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.

105

К сожалению, уровень осознания проблем таких семей в обществе невелик, и люди часто неправильно себя ведут 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 отклонениями 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 большой для родителей вопрос: «А сможет ли мой ребенок обучаться в общеобразовательной школе?» Отвечая на подобные вопросы, специалисты, работающие с детьми с отклонениями в развитии, 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 и близких панику, 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 последних случаях родители не смогут стать активными помощниками специалистов-реабилитаторов.

Вся реабилитационная работа специалистов с детьми с отклонениями 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 отклонениями 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. Одни родители занижают, а другие завышают способности своего ребенка. В подобных случаях необходима помощь специалиста, который показывает, какие труд-

106

ности 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 терапевтическую 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 рождение больного ребенка может произойти в любой семье. Особенно важными являются взаимоотношения родителей и специалистов на ПМПК. Посещение комиссии стано-

107

вится для родителей очередной унижительной процедурой навешивания ярлыков.

Для установления уважительных, доброжелательных взаимоотношений с семьей специалисту требуется 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, т. е. 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 в проведении психотерапевтической работы.

При проведении этой работы специалисты обязательно учитывают характерологические особенности членов семьи, выраженность и особенности стрессового состояния у каждого из них. Задачей психотерапевтической работы является 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

108

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 отклонений в развитии, даже в самых тяжелых случаях, обращается особое внимание на те или иные более сохранные 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 Боджерсом, основанные на позитивном и безоценочном принятии своего ребенка. Этот принцип составляет основу подхода Гордона к организации процесса общения родителей

со своими детьми. В настоящее время 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.

109

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 больного 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 индивидуальных 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*.

Важное значение имеет сотрудничество родителей и специалистов. Комплексные программы помощи беременным девушкам и родителям школьного возраста, как девушкам, так и юношам, могут способствовать развитию здорового поколения.

Одной из программ домашнего обучения является так называемый «Проект Портадж». Его основная цель — научить родителей использовать различные методы модификации поведения

110

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.

Другие виды помощи семье Медико-генетическое консультирование (МГК)

Какую информацию можно получить  
в медико-генетической консультации

по поводу продолжения деторождения?

Во всех случаях, когда в семье рождается ребенок с отклонениями в развитии, родителей интересуют причины этих отклонений. Установление причины является важным для прогноза потомства у данной супружеской пары, а также для медицинского и педагогического прогноза в отношении больного ребенка. Как показывает опыт, большинство родителей узнают от врача диагноз и получают краткое объяснение его значения. Иногда врач сообщает только диагноз. У родителей возникает много вопросов. Во всех случаях их интересует прогноз заболевания, они хотят знать, что сможет и чего не сможет их ребенок в будущем. Им хочется знать, гарантирует ли их самоотверженный труд по воспитанию и обучению «нестандартного» ребенка успешность лечебно-коррекционных мероприятий. Следует отметить, что далеко не всегда информация, получаемая от врача, бывает сразу понятна. Иногда оказывается, что покинув кабинет врача, родители забывают недостаточно понятую ими информацию.

Таким образом, *сообщение информации* — это только первый шаг в процессе взаимодействия врача и родителей. Обычно необходимы *повторные консультации в домашних условиях*. Среди вопросов, задаваемых родителями, всегда бывает во-

111

прос о причине отклонений в развитии ребенка, а также о видах учреждений для таких детей. Если выявленные у ребенка дефекты развития объясняются какими-либо *средовыми воздействиями*, это переносится легче, чем установление генетической природы диагностированных нарушений.

*Диагноз генетического заболевания* вызывает целый ряд дополнительных осложнений, так как воспринимается как установление факта личной вины или личной ответственности за нарушения развития ребенка. Многие матери жалуются на чувство собственной неполноценности. Часто это бывает связано с уходом из семьи мужа — отца больного ребенка. Поэтому обращение в медико-генетическую консультацию связано с целым рядом этических проблем. Прежде всего при установлении генетического характера заболевания встает вопрос о «виновности» одного из родителей в наличии тех или иных отклонений в развитии ребенка. Разумеется, ни о какой виновности с медицинской точки зрения говорить не приходится. Никто не выбирает, с каким симптомом родиться, никто также не желает передать свои «вредные» гены своим детям. Тем не менее установление такой передачи по линии отца или матери может являться причиной дисгармонии супружеских отношений, поводом для развода и личной трагедии. Обычно этому событию предшествуют ссоры, взаимные обвинения и оскорбления. Все это дополнительным грузом ложится на плечи женщины — матери больного ребенка. Волнение, беспокойство матери, пониженный фон ее настроения неблагоприятно влияют на общую семейную атмосферу и нервную систему ребенка с отклонениями в развитии, вызывая у него ответное чувство беспокойства и дискомфорта.

Само медико-генетическое консультирование не всегда правильно воспринимается супругами. Многие, по аналогии с другими специалистами, ждут от врача-генетика исчерпывающих и однозначных рекомендаций. Однако бывают разочарованы, когда решение приходится принимать самим. *Врач-генетик* в отличие от других клиницистов *оперирует термином вероятности прогноза*.

Например, он говорит супругам, пришедшим на консультацию по поводу наследственного заболевания с аутосомно-рецессивным типом наследования, передающимся в их семье, что риск (шанс) рождения у них больного ребенка составляет 25%. Некоторые консультирующиеся понимают такое сообщение

112

следующим образом: «Каждый из четырех рожденных в это! семье детей будет больным, а так как в их семье уже имеются трое больных детей, то четвертый обязательно будет здоровым» На самом деле это не соответствует действительности, так как риск рождения больного ребенка в этой семье не меняется в зависимости от числа больных и

здоровых детей от предыдущих беременностей. И всегда составляет 25% при каждой новой беременности. Поэтому, прежде чем обратиться в медико-генетическую консультацию, целесообразно познакомиться с понятиями «риск» и «шанс».

В некоторых случаях довольно трудно бывает принять решение о прекращении или продолжении деторождения, особенно в тех случаях, когда риск невелик, но все же в несколько раз превышает частоту данного заболевания у населения. Некоторый не нравится, когда врач лишь разъясняет ситуацию, но не дает директивного совета, оставляя последнее слово за супругами. Другие, напротив, возражают против директивных советов даже в тех случаях, когда риск относительно высок. Поэтому надо приготовиться к тому, что ответственность за то или иное решение придется брать на себя.

В последние годы разработаны и внедрены в практику здравоохранения методы диагностики наследственных заболеваний у плода, так называемая *пренатальная (дородовая) диагностика*. С помощью этих методов удается получить точный прогноз здоровья еще не родившегося малыша. Эти методы также имеют свои этические аспекты, так как сообщение о генетическом заболевании еще не родившегося ребенка может побудить мать к прерыванию беременности.

Наиболее распространенным методом дородовой диагностики до недавнего времени являлся *амниоцентез*, заключающийся в получении образца околоплодной жидкости. Показаниями к этой процедуре являлись высокий риск специфического наследственного заболевания и возраст матери старше сорока лет, так как установлено, что у пожилых матерей резко возрастает частота рождения детей с хромосомными нарушениями, особенно с синдромом Дауна. Полученный образец околоплодной жидкости содержит плодные клетки, которые анализируются под микроскопом для выявления хромосомных нарушений и прямого определения пола плода. Производится также биохимический анализ полученного образца с целью обнаружения дефектов обмена плода. В большинстве случаев для вышеупомя-

113

нутого анализа необходимо значительное число клеток, поэтому плодные клетки проходят стадии культивирования (от 2 до 6 недель) с последующим цитологическим и биохимическим анализом. Полученные данные сообщаются консультирующимся.

В настоящее время как альтернатива амниоцентезу иногда применяется *метод биопсии хориона (ворсин)*. Исследования образца производятся точно так же, как и образца, полученного при амниоцентезе, но в более ранние сроки.

Широкое применение в настоящее время находит и такой метод дородовой диагностики, как *ультрасонография (эхोगрафия)*. С этим методом мы знакомы в связи с его широким использованием в других отраслях медицины. В акушерстве его применяют для слежения за ростом и развитием плода. С его помощью можно рано диагностировать многоплодную беременность.

Следует предупредить супругов, желающих воспользоваться дородовой диагностикой, что эффективность того или иного метода может оценить только консультант-генетик в медико-генетической консультации. Мы сталкиваемся со случаями, когда целесообразность того или иного метода пытались оценить сами консультирующиеся. При этом результат был весьма плачевен. *Приведем пример.*

Женщина состояла в браке с кровным родственником. Рождение аномального ребенка привело к резкому ухудшению отношений между супругами. Муж обвинял во всем жену. Единственным способом реабилитировать себя в его глазах она считала рождение еще одного здорового ребенка. Врач-генетик сообщил ей о высоком риске повторного рождения у нее больного ребенка, но не порекомендовал ей каких-либо дополнительных методов диагностики. Женщина добилась, чтобы ребенок от первой беременности был исследован с помощью ультрасонографии. Никаких нарушений этот метод не выявил. Это успокоило женщину и придало ей уверенности, что ребенок родится здоровым. Она считала, что данное исследование гарантирует ей отсутствие каких-либо

отклонений у новорожденного. С врачом она больше не советовалась. Вторым ребенком родился с тем же заболеванием, что и первый. После этого муж совсем ушел из дома, оставив ее с двумя больными детьми. Женщина не учла того факта, что заболевание у ее детей характеризовалось интеллектуальной недостаточностью и нейросенсорным нарушением слуха и легкими дисплазиями, которые не могут быть выявлены с помощью метода ультрасонографии.

114

Следовательно, прежде чем обратиться в медико-генетическую консультацию, необходимо иметь общее представление о возможностях медико-генетического консультирования и внимательно относиться к советам врача.

Общественные организации, центры ранней помощи

Психотерапевтический эффект на родителей оказывает *информация о возможных источниках помощи*.

В последнее время во многих странах мира организуются различные ассоциации родителей, в которые объединяются родители детей с определенной нозологической формой нарушения развития, чтобы оказать друг другу психологическую поддержку и поделиться опытом по воспитанию аномального ребенка в семье. Иногда знакомства осуществляются через специальные публикации адресов и фамилий родителей, желающих познакомиться с товарищами по несчастью.

Члены ассоциаций участвуют в работе научных конференций, спрашивают, делятся своим опытом. Более того, страницы печати этих специальных выпусков используются, чтобы глубже информировать общественность о проблемах семей, имеющих аномальных детей, а также способствовать более раннему и более полному выявлению детей с отклонениями в развитии и оказанию им помощи. Предполагается, что организация таких обществ 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*. Такая интеграция осуществляется в интересах ребенка с учетом уровня его психофизического развития. Предложено несколько моделей, реализация которых предполагает участие в этом процессе специалистов в области специальной педагогики и специальной психологии. Последний помогает педагогам общеобразовательных учреждений организовать обучение и воспитание ребенка с отклонением в развитии в коллективе здоровых сверстников.

Для детей с уровнем психофизического развития, близким к норме, возможна *комбинированная интеграция*, они по одно-

115

му — два человека вливаются в массовые группы, получая систематическую коррекционную помощь.

*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.

Создание гибкой системы коррекционного воспитания и обучения детей с отклонениями 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 отклонениями 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 году с помощью специалистов из Швеции в Санкт-Петербурге 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 коррек-

116

ционной педагогики РАО, на кафедрах дефектологических факультетов и факультетов специальной педагогики и психологии педагогических университетов.

Некоторые проблемы психотерапии семьи

Особые трудности, связанные с воспитанием «нетипичных» детей, испытывают родители-инвалиды, родители с интеллектуальной недостаточностью, с психическими заболеваниями.

Для этих людей роль родителя объективно трудна. Они сами могут неправильно себя вести с ребенком, не оказывать ему должного внимания, не создавать необходимую развивающую среду, т.е. являются неэффективными родителями. Им требуется специальная помощь: обучение уходу за ребенком.

Молодые родители с интеллектуальной недостаточностью могут не принять совет или помощь, если она предлагается формально. Оптимальной формой общения является групповая дискуссия или неформальная беседа с тем, кого они знают и кому доверяют. Вопросно-ответная форма дискуссии предупреждает игнорирование с их стороны и является одновременно приемлемой формой совета. В групповой беседе может быстро выясниться, что в такой группе имеется свой моральный кодекс, отклонение от которого осуждается членами группы. Это относится к сексуальному поведению, личной собственности и к поведению в целом.

Эффективность групповой психотерапии при работе с молодыми умственно отсталыми родителями подтверждена специальными исследованиями. В одном из таких исследований (Б.Кир-маы, 1972) психотерапевтическая группа включала семь молодых отцов, которые участвовали в 32 недирективных беседах на протяжении полугода. Их поведение и навыки воспитания детей сравнивали с двумя сходными контрольными группами. В экспериментальной группе отмечались более высокая компетентность в области семейных взаимоотношений и воспитания. Значительно улучшилось поведение и умение выражать вербально свою позицию. Отмечалось значительно более частое выражение добрых чувств и существенное снижение негативных позиций, отражающих жестокость (садизм) по отношению к другим и направленную на себя (самоповреждение).

Таким образом, психотерапия способствует уменьшению частоты психопатических проявлений и тенденций за относительно короткий отрезок времени.

117

Наблюдалось значительное улучшение семейных взаимоотношений и навыков ухода за ребенком.

Результаты подобных исследований показывают, что нередко у молодых людей с легкой интеллектуальной недостаточностью какие-то ситуативные негативные проявления возводятся в ранг перманентных. Получены доказательства, что на самом деле в подавляющем большинстве случаев возможно улучшение, которое позитивно влияет на семейные взаимоотношения, атмосферу в семье и воспитание ребенка.

Вопросы и задания

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 реагирует родитель 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?

118

## ГЛАВА 6

Основы компенсирующего воспитания в семье детей с отклонениями в развитии

Роль семьи в коррекционном воспитании ребенка

Л. С. Выготский подчеркивал, что особенности личности аномального ребенка во многом определяются его положением в семье.

Негативные факторы семейного воспитания способны вызвать задержку психического развития, нарушения поведения и личностного развития в целом. В связи с этим помощь семье со стороны специалистов, государства и общества является составной частью любой коррекционной программы.

Этими словами сказано очень многое. Практический опыт работы убеждает в том, что современные родители основную роль в преодолении нарушений психомоторного развития отводят медикаментозному лечению. Действительно, в последнее время появилось много эффективных препаратов, способствующих созреванию мозга и улучшающих его функционирование. Но даже самое лучшее медикаментозное лечение является эффективным лишь при правильном семейном воспитании и проведении родителями целевой системы специальных упражнений. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии является коррекционным, т. е. оно направлено на современные тенденции в организации лечебно-педагогического процесса.

Значение воспитания в развитии ребенка в период раннего детства признается на государственном уровне.

Практический опыт последнего десятилетия показывает, что семья нуждается в помощи государственных учреждений и работающих в них специалистов (Т. И. Оверчук).

Появление новых форм организации коррекционно-педагогического процесса предоставляет широкие возможности внедрения новых педагогических технологий воспитания и обучения детей раннего и дошкольного возраста в семье.

Все эти новые формы направлены на создание единого образовательного пространства, сближение и взаимодействие общего и специального образования, что соответствует мировым тенденциям в воспитании подрастающего поколения.

Основы коррекционного воспитания надо знать и тем людям, с которыми ребенок будет взаимодействовать в интегрированных группах (воспитатели, педагоги массовых учреждений). В целом, чем больше людей будут осведомлены о проблемах, а значит, подготовлены к общению («мнестандартными» детьми, тем будет лучше для всех.

120

Основные положения коррекционной работы

В процессе проведения коррекционной работы необходима *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 развивающую и коррекционную 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 и развития, на которые можно опереться при педагогической работе.

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

При проведении коррекционно-развивающего обучения важно усиливать *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 развивающуюся коррекционную 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.

121

*Учить ребенка* делать 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 нуждами необходимо: опираться на общие закономерности возрастного развития как в норме, 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, аппликации и т. п.

Относиться к *родителям как 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-трудную, но основное внимание уделять игре как ведущей деятельности этого возрастного этапа развития:

- ◆ Разрабатывать различные методики с учетом возраста и особенностей развития и структуры дефекта.

- ◆> Соблюдать принцип ранней стимуляции психомоторного развития.

- ◆ Оказывать квалифицированную психотерапевтическую поддержку родителям.

- ◆ Помогать близким взрослым создать развивающую комфортную семейную среду для ребенка.

- ◆ Создать 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.

722

Новые технологии обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии

Педагогу и воспитателю, а также родителям важно знать основы коррекционного воспитания и успешно его использовать в учебно-педагогическом процессе. Коррекционное воспитание предполагает как *преодоление имеющихся отклонений* в развитии, так и *предупреждение возможных нарушений* поведения и трудностей обучения, связанных с перенапряжением нервной системы ребенка, а также различных болезненных состояний нервной системы — неврозов. Чем младше ребенок, тем менее значительные раздражители могут привести к психической травме. Это определяет необходимость обучения родителей и педагогов правильному взаимодействию с ребенком в процессе его воспитания и обучения. Для этого разрабатывают специальные коррекционно-развивающие программы взаимодействия матери и ребенка; коррекционного педагога и ребенка.

До последнего времени многие дети с тяжелыми отклонениями в развитии рассматривались как необучаемые инвалиды, и родителям в основном рекомендовалось помещать их в учреждения социального обеспечения. Однако наш опыт работы с этими детьми показывает положительную роль ранней коррекционной работы с ними, особенно в тех случаях, когда активным участником этой работы становится мать, хорошо ориентированная в проблемах своего малыша. Эта работа особенно эффективна при раннем выявлении отклонений в развитии. Успех ме-дико-коррекционной работы с ребенком, имеющим отклонения в развитии, во многом зависит от правильного подхода к нему в семье. Особое внимание нужно обратить на роль правильно организованного эмоционально развивающего взаимодействия матери с ребенком, а также на стимуляцию его психического, речевого и моторного развития. Поэтому важно *научить мать проводить коррекционно-развивающую работу одновременно со специалистами*, а также самостоятельно под их руководством по специально разработанной для каждого ребенка программе. Программа разрабатывается специалистом совместно с родителями с учетом структуры основного дефекта и связанных с ним нарушений.

123

До последнего времени большинство детей с отклонениями в умственном и физическом развитии, в частности дети с церебральным параличом, обучались в специальных учреждениях, сейчас многие стремятся обучать их в массовых общеобразовательных учреждениях. Для успешной организации учебного процесса учащихся с церебральным параличом учителю необходимы знания особенностей их психофизического развития, а также типичных трудностей, возникающих при овладении учебным материалом и обусловленных характером основного заболевания. Педагогу важно понимать, почему возникло то или иное затруднение в обучении, на каком этапе и как оно отражается на усвоении программного материала. Установление тесного контакта и *сотрудничества учителя с родителями* является обязательным условием успешной адаптации ребенка с отклонениями в развитии к школьному обучению, по программе, соответствующей его возможностям и, в частности, интеграции его в общеобразовательную школу.

У многих детей с отклонениями в развитии трудности учебной деятельности могут быть обусловлены *несформированностью зрительно-моторной координации*, то есть у них имеет место несогласованная работа руки и глаза. Зрительно-моторная координация

особенно важна на начальном этапе обучения чтению, когда ребенок следит глазами за пальцем, который определяет последовательность букв, слогов, слов.

В особой программе нуждается *ребенок с множественными отклонениями* в развитии. Такая программа разрабатывается несколькими специалистами, которые обучают мать и других взрослых членов семьи работе с ребенком. Кроме родителей, крайне важно разработать методические рекомендации не только родителям, но и воспитателю массового учреждения. Сочетание коррекционно-развивающей работы с правильно подобранными медицинскими мероприятиями способствует интеграции ребенка с отклонениями и особенностями развития в среду нормально развивающихся детей. При подготовке ребенка с отклонениями в развитии важное значение имеет развитие моторики и подготовка руки к письму.

У детей с отклонениями в развитии, особенно при детском церебральном параличе, часто имеет место *несформированность пространственного анализа и синтеза*. Такие дети затрудняются в дифференциации левой и правой стороны, сложении целого из частей. Они не могут соблюдать линей-

124

ки в тетрадах, различать правую и левую стороны, могут начать писать или рисовать в любом месте тетради, читать с середины страницы. Степень выраженности указанных нарушений различна.

Следует иметь в виду, что у значительной части детей затруднения в усвоении программного материала зависят от *нарушений речи* и особенностей их психической деятельности. При оценке устного ответа и чтения учитель должен учитывать речевые особенности ребенка и ни в коем случае не снижать отметки (особенно на начальных этапах обучения).

У ребенка с *церебральным параличом* особое значение имеют специальные упражнения по подготовке и развитию самостоятельной ходьбы. Для этого ребенка следует обучить правильной вертикальной установке головы и туловища по отношению к опорной поверхности, умению перемещать центр тяжести на опорную ногу и равномерному распределению массы тела на обе ноги. Необходимо развивать у ребенка опорность стоп и шаговое движение в различных исходных положениях: лежа на спине, сидя на детском стульчике, стоя. Вначале ребенка обучают вставанию и ходьбе с поддержкой, при этом необходимо обратить внимание на правильное распределение центра тяжести тела и сохранение равновесия, с этой целью тренируют ходьбу с опорой на передвигающийся вперед утяжеленный стул, коляску с грузом.

Педагогу следует обратить особое внимание на таких детей, так как они нуждаются в особой коррекционной работе. Только своевременная помощь этим детям учителя, психолога и родителей может помочь их успешной интеграции в общеобразовательную школу. Одним из путей совместного обучения нормально развивающихся детей и детей с отклонениями в развитии могут быть специальные дошкольные группы и классы при массовых детских садах и школах, в которых проводится *дифференцированная интеграция*. Она может быть *комбинированной*: ребенок обучается в классе здоровых детей, получая при этом адекватную систематическую коррекционную помощь учителя-дефектолога специального класса. Может иметь место и другой вид помощи этим детям, например, *частичная* интеграция, когда отдельные дети проводят часть дня в обычных группах или классах.

Интеграция может иметь *временный* характер, когда дети специальных и массовых групп объединяются для проведения

125

различных мероприятий, в том числе и отдельных занятий. При полной интеграции дети с отклонениями в развитии могут по 1—2 человека вливаться в обычное массовое учреждение (для детей дошкольного или школьного возраста). При этом особо важное значение имеет коррекционная помощь учителя-дефектолога специального класса.

Важное значение имеет *определение статуса интегрированного ребенка* с возможностью оказания ему в нужном объеме коррекционной помощи. Значима также подготовка общества к принятию ребенка с ограниченными возможностями. Интеграцию детей в общество здоровых сверстников следует осуществлять как можно раньше. В свою очередь, для этого важно воспитание гуманизма, в том числе через средства массовой информации.

Родителям следует иметь в виду, что успешное интегрированное обучение детей с отклонениями в развитии невозможно без активного повседневного их участия. Именно на них падает основная доля коррекционных занятий с ребенком дома, проводимых по заданиям и с последующим контролем учителя-дефектолога.

Следует осуществлять постоянный контроль за усвоением программы обучения и оказывать в случае необходимости помощь ребенку. Эту помощь оказывает учитель-дефектолог специального класса.

Воспитатели и родители должны учитывать *двигательные нарушения у детей с церебральным параличом*, должны помнить о правильной организации двигательного режима во время игр, занятий и во время сна. При проведении подобных занятий необходимо прежде всего подобрать наиболее удобную для ребенка позу во время работы за столом, во время игр и сна. При этом важно помнить, что эти дети быстро устают и нуждаются в физкультурных паузах. Следует помнить, что смена активности является для ребенка отдыхом. Воспитателю следует знать, что у детей с отклонениями в развитии, особенно с церебральным параличом, не только не сформированы двигательные навыки, но и отсутствует правильное представление о движении. Особенностью двигательных нарушений у детей с церебральным параличом является не только трудность или невозможность выполнения тех или иных движений, но и слабость ощущений этих движений, в связи с чем у ребенка не формируются правильные представле-

126

ния о движении, с трудом развивается его пространственно-временная ориентация.

Следует иметь в виду, что дети с ограниченными возможностями быстро *устают* от любых видов деятельности, и они *нуждаются в специальных паузах*. Следует помнить, что многие из них нуждаются в *индивидуально разработанном режиме*. Особенно это относится к детям с двигательными нарушениями (с детским церебральным параличом). В специальном подходе к воспитанию и обучению нуждаются дети с нарушенным слухом. Известно, что при наличии адекватного раннего коррекционного воздействия тяжелые последствия данного нарушения могут быть значительно уменьшены и даже преодолены. При первом *подозрении на снижение слуха* ребенок должен быть тщательно обследован специальным *методом вызванных потенциалов*. Подобные ранние мероприятия по диагностике и коррекции помогут адаптации этих детей в среду здоровых сверстников, т. е. таким путем открывается возможность интеграции этого контингента детей.

По существу, семейное воспитание детей с отклонением в развитии должно иметь *четкую коррекционную направленность*. На каждом возрастном этапе развития оно преследует *две основные цели*: коррекцию основного дефекта и связанных с ним отклонений в развитии и стимуляцию основных психических функций с учетом медицинского диагноза и особенностей структуры дефекта. При анализе структуры дефекта целесообразно выделять так называемые энцефалопатические нарушения, непосредственно связанные со спецификой повреждения различных мозговых структур, и дизонтогенетические нарушения, обусловленные специфическими особенностями развития.

При сочетании указанных нарушений речь идет об энцефалопатическо-дизонтогенетическом симптомокомплексе, когда имеют место как повреждение незрелого мозга ребенка (специфическое, в зависимости от локализации, этиологии, распространенности поражения), так и проявления психического дизонтогенеза, обусловленные особенностями постнатального созревания поврежденного мозга, окружающей средой,

временем начала коррекционной работы и адекватностью лечебных мероприятий. Сущность коррекционного воспитания состоит в формировании психических функций ребенка и обогащение его практического опыта наряду с преодолением

127

ем имеющихся у него нарушений развития различных психических и моторных функций.

*Новые формы помощи* семьям заключаются в том, что ребенок, не уходя из семьи, включается в единое педагогическое пространство. Родители получают дополнительную всестороннюю и комплексную помощь со стороны специалистов.

Раннее выявление нарушений или отклонений в развитии будет способствовать оказанию своевременной коррекционной поддержки, в которой зачастую нуждается не только ребенок, но и его родители.

Некоторые новые организационные формы в дошкольном образовании для детей раннего возраста: воспитание детей в группах кратковременного пребывания в общеобразовательных дошкольных учреждениях, а также смешанного и компенсирующего вида; модель раннего вмешательства, при которой проблемный ребенок и его семья получают междисциплинарную помощь в психолого-социальных и реабилитационных центрах; интегрированный подход, при котором ребенок с отклонениями в развитии может получать коррекционную поддержку, воспитываясь в условиях общеобразовательного дошкольного учреждения комбинированного вида.

Приказом Министерства образования РФ от 18 марта 2002 г. учрежден «Совет по дошкольному образованию» — коллегиальный совещательный орган Минобразования России, функционирующий на общественных началах. Его целью является организация и координация коррекционной работы, осуществление межведомственных взаимодействий, направление и поддержка инициатив и предложений специалистов и родителей.

Министерством образования РФ с участием специалистов ИКП РАО подготовлена нормативно-правовая документация по интегрированному воспитанию и обучению детей с отклонениями в развитии в дошкольных образовательных учреждениях.

В Санкт-Петербурге реализуется проект « Центр интегративного воспитания — модель дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида детей группы риска от рождения до 7 лет », целью которого является создание условий для реализации равных прав на образование всеми группами детей, независимо от их возможностей, создание определенного механизма защиты от всех форм дискриминации в системе образования (Л. А. Зигле, 2002):

128

*Центр состоит* из нескольких структурных подразделений: *службы ранней помощи и групп интегративного воспитания.*

*Служба ранней помощи* — это структура, построенная на междисциплинарном взаимодействии и предназначенная для оказания помощи ребенку с особыми потребностями в возрасте от нуля до трех лет и его семье. В эту службу могут обратиться семьи, имеющие детей с особыми потребностями, вызванными медицинскими, биологическими и социальными факторами; семьи, имеющие детей с подтвержденным отставанием в развитии или риском отставания в развитии в одной из следующих областей: познавательное развитие; развитие движений; речевое развитие; социальное и эмоциональное развитие; самообслуживание; клиентами могут являться также члены семей, дети, оставшиеся без попечения родителей; сироты младенческого и раннего возраста, проживающие во временных семьях или домах ребенка; лица, ухаживающие за ними и заменяющие им родителей.

*Основными задачами Службы ранней помощи являются:*

1. *Информационная и социально-психологическая поддержка* родителей и семьи: раннее сопрождение и поддержка родителей и членов семьи при рождении ребенка с особыми потребностями; консультирование родителей по вопросам, связанным с

индивидуальными особенностями ребенка и условиями его оптимального развития; предоставление информации о законодательных актах, защищающих права ребенка и его семьи, о социальных гарантиях, об общественных и государственных организациях, оказывающих необходимую помощь и услуги.

2. *Определение сильных и слабых сторон* ребенка и семьи: междисциплинарная оценка основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой, области самообслуживания); определение состояния психического здоровья ребенка, качественных особенностей его отношений с родителями и другими членами семьи; выявление основных потребностей ребенка и семьи.

3. *Ранняя помощь ребенку в семье* — создание программы индивидуального сопровождения ребенка и семьи; междисциплинарное обслуживание ребенка и семьи в соответствии с разработанной программой; отслеживание эффективной ранней помощи и, в случае необходимости, внесение дополнений и изменений в разработанную программу.

129

4. *Перевод ребенка и семьи в другие структуры* — планирование и подготовка перехода ребенка и семьи в другие структуры; перевод ребенка и семьи из службы ранней помощи в другие структуры.

5. *Информирование* родительских, общественных и профессиональных организаций о работе Службы ранней помощи, ее целях и задачах.

*Персонал* Службы ранней помощи: врач-неонатолог, учитель-дефектолог, педагог-психолог. К сожалению, в классификаторе профессий пока нет специалиста в области движений (специалиста по лечебной физкультуре, или физического терапевта, как принято называть его за рубежом). Этот специалист обучает родителей практическим навыкам по работе с детьми, имеющими двигательные нарушения.

*Основные принципы работы* Службы ранней помощи: *семейная центрированность* — профессиональная направленность сотрудников Службы на взаимодействие с семьей и ее ближайшим окружением; междисциплинарность — *комплексный характер помощи* семье, оказываемой специалистами разных профилей; *партнерство* — установление партнерских отношений с ребенком и его родителями, другими близкими; *уважение к личности* — сотрудники Службы уважают ребенка как полноправную личность с индивидуальными потребностями развития, уважают мнение родителей и замещающих лиц; *открытость* — служба ранней помощи отвечает на запросы семьи о состоянии или развитии ребенка; *конфиденциальность* — информация о семье и ребенке не подлежит разглашению, кроме случаев, определенных законодательством РФ.

Программы обслуживания семьи в Службе ранней помощи принято называть программами раннего вмешательства (термин заимствован из Закона о раннем вмешательстве, принятого Конгрессом США в 1986 г.).

*Этапы обслуживания ребенка и семьи в Службе ранней помощи*

Направление либо обращение семьи; прием направления, внесение индивидуальной карты ребенка и семьи; определение потребностей ребенка и семьи: оценка взаимодействия в диаде мать — ребенок, определение потребностей ребенка и семьи, социальной поддержки семьи, определение индивидуальных особенностей матери; междисциплинарное оценивание ребенка и семьи, в котором участвуют специальные педагоги, психо-

130

логи, специалист по развитию движений и врач-неонатолог; междисциплинарное обслуживание направления и длительности раннего вмешательства: кратковременная программа раннего вмешательства, долговременная программа раннего вмешательства, междисциплинарное оценивание как групповая психотерапия, методы психотерапевтического раннего вмешательства. Индивидуальный план психотерапевтического раннего вмешательства, индивидуальный план обслуживания ребенка и его семьи; индивидуальное и/или групповое обслуживание ребенка и его семьи;

окончание программы раннего вмешательства и перевод ребенка и семьи в другие программы. При такой системе единого образовательного пространства дошкольного образования практически каждая семья может найти условия воспитания и образования, максимально удовлетворяющие потребности ребенка и соответствующие возможностям родителей.

В настоящее время в Санкт-Петербурге реализуется масштабный проект по созданию комплекса средств автоматизации методического обеспечения процессов реабилитации детей-инвалидов с различными профилями инвалидизации (в номенклатуре 21 профиль). В 2001 г. издана типографская версия методического обеспечения процессов разработки и сопровождения индивидуальных программ комплексной реабилитации детей с хромосомными нарушениями. (Д.К. Берлинская и соавт., 2001г.).

Комплексная реабилитация детей с хромосомными болезнями

*Исходным юридическим основанием* для начала реабилитационных мероприятий с конкретным ребенком является *признание его инвалидом* по результатам освидетельствования в учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы, проводимого на основании совместного приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социального развития РФ № 50/18 от 25 февраля 1998 г. и при наличии выданного ребенку лечебно-профилактическим учреждением направления по форме 3 080/у-97.

В *месячный срок* после признания ребенка инвалидом специалистами учреждения, проводившими медико-социальную экспертизу, должна быть разработана *индивидуальная про-*

131

*грамма реабилитации ребенка инвалида* — перечень реабилитационных мероприятий с указанием их объемов, сроков проведения и исполнителей, направленных на восстановление способностей ребенка в различных сферах: бытовой, возраст-средовой и учебной с учетом структуры его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, прогнозируемым уровнем его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса ребенка и семьи и реальных возможностей социального статуса ребенка и семьи и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

Одна из наиболее важных частей реабилитационных программ — *психокоррекционная работа по формированию ираз-витию базовых психических процессов, которые обеспечивают приобретение опыта*. Она наиболее эффективна для детей с легкими интеллектуальными нарушениями с коэффициентом интеллекта в пределах 75—100. В сокращенном виде может быть использована и при более выраженных формах интеллектуальной недостаточности. Такая программа содержит психо-коррекционные игры и упражнения для коррекции восприятия, являющегося основой для формирования других высших психических функций и познавательной деятельности, внимания, памяти, мышления, речи, психомоторики, эмоционально-волевой сферы и поведения.

*Педагогическая реабилитация* включает формирование, коррекцию и компенсацию функций в процессе образования методами обучения, воспитания, развития, восстановление нарушенных связей в разных областях развития, что способствует более полной интеграции в общество.

*Педагогическая коррекционная работа* ставит своей целью социальную реабилитацию и интеграцию в общество и включает коррекционное обучение, воспитание и развитие.

*Коррекционное обучение* направлено на усвоение знаний и социального опыта специальными методами, учитывающими недостатки психического и физического развития ребенка.

*Коррекционное воспитание* — воспитание типологических свойств и качеств личности, позволяющих адаптироваться в обществе.

*Коррекционное развитие* направлено на исправление недостатков умственного и физического развития, совершенствование психофизических функций.

132

Программы ранней педагогической помощи (раннего вмешательства в развитие) за рубежом

Эти программы домашнего обучения *ориентированы на подготовку и активное участие родителей*. Это программы всестороннего обучения детей младенческого и раннего возраста, страдающих задержками развития различного генеза, в том числе и церебральным параличом. Они предназначены для оказания помощи в развитии двигательных и речевых умений, навыков самообслуживания детям до трех лет и старше. При этом предполагается партнерство. С одной стороны, в этих программах большое значение придается доречевому развитию ребенка, которое предполагает формирование у него умения сосать, глотать и кусать, а с другой стороны — эмпирическому развитию ребенка через собственный опыт, так как возможности детей, страдающих церебральным параличом или другими формами ЗПР, учиться самостоятельно, через познание окружающей действительности, ограничены.

Участие родителей в таких программах начинается с того, что они заполняют анкету, которая позволяет определить уровень их знаний в области детских проблем, а также их потребности и опасения. *Программы предполагают:*

а) активное участие родителей в реализации программы обучения ребенка;

б) индивидуальное консультирование семьи;

в) участие родителей в занятиях, где они знакомятся со специальными методами работы с детьми.

Матерям рекомендуют *определенные учебные пособия*, предназначенные для ежедневных занятий с детьми в течение 10—20 минут, учат вести краткие ежедневные записи. Демонстрируя необходимые образцы поведения и непосредственно контролируя физические действия ребенка, матери могут значительно развивать умственные способности детей.

*Специалист посещает семью один-два раза в неделю* с целью обучения родителей средствам установления взаимодействия с ребенком. Матери учатся подавать чуткие тактильные сигналы своим детям, выражая, например, одобрение нежным прикосновением и лаской, а неодобрение — крепким сжатием руки или шлепком. Матери успешно обучают своих детей таким видам деятельности, как принятие твердой пищи, вы-

133

ражение желания пить, способность находить игрушки и ходьба.

Разрабатываются программы для детей, страдающих физическими или умственными недостатками различной степени тяжести. Цель этого проекта заключается в том, чтобы предоставить возможность ребенку-инвалиду находиться в одном детском саду со здоровыми детьми, где всем им будет обеспечен надлежащий уход.

Специалист ориентируется на те достижения ребенка, которые ребенок должен сделать в течение учебной недели. По мере того как родители набираются опыта обучения ребенка и начинают чувствовать себя увереннее, обучая детей и фиксируя их успехи, специалист постоянно увеличивает число заданий.

Приемы обучения новым формам поведения сначала демонстрируются самим специалистом, который в дальнейшем лишь наблюдает за работой родителей с ребенком. Руководя действиями родителей, он прибегает к таким методам, как подсказка, образец, игнорирование неприемлемых реакций ребенка, что ведет к их «затуханию». Все это оказывает непосредственную помощь родителям в совершенствовании педагогических навыков. Каждую неделю родителям выделяется таблица действий, в которой указана

поставленная конкретная цель, а также частота подкреплений сформированного навыка. Родителей инструктируют относительно того, как фиксировать в каждой графе таблиц и ежедневное поведение ребенка в учебе каждую неделю и обсуждает удачу и неудачу родителей, при этом всегда поощряются усилия как родителей, так и ребенка.

Оценка эффективности основывается на наблюдаемом взаимодействии матери и ребенка, навыках сотрудничества.

Некоторые *отечественные модели раннего вмешательства* Программы раннего образования детей с особыми потребностями, разработанные за рубежом, такие как «Каролина» и «Пор-тадж», были использованы для организации программ игрового развивающегося обучения: моделирования игрового взаимодействия с младенцами групп риска.

*Программы раннего вмешательства*, разработанные в США для младенцев и детей раннего возраста, можно использовать как образец для организации социопедагогической программы раннего вмешательства: семейно-центрированной междисциплинарной работы профессионалов.

134

*Программы раннего психотерапевтического вмешательства*, разработанные для младенцев с социально-эмоциональным риском, были распространены на всю группу младенцев с особыми потребностями и членов их семей для организации собственных программ раннего психотерапевтического вмешательства и объединения социопедагогических и психотерапевтических программ раннего вмешательства. Эти программы предусматривают работу одновременно с матерью и младенцем по организации социального взаимодействия матери и младенца, а также мультидисциплинарную многофакторную помощь семье и ребенку.

Проблеме воспитания детей с синдромом Дауна посвящена предлагаемая ассоциацией «Даун-синдром» (общества детей и взрослых с синдромом Дауна и их родителей), *программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки»*. Она может быть рекомендована в качестве пособия для работы по ранней реабилитации, ранней педагогической помощи детям с различными нарушениями в Российской Федерации. Программа «Маленькие ступеньки» является энциклопедией упражнений и приемов взаимодействия с ребенком, наполняющих его радостью общения. Программа «Маленькие ступеньки» адаптирована Е. М. Мастюковой, являвшейся научным редактором этого издания.

Основные формы взаимодействия специалистов и родителей

Формы организации лечебно-коррекционного процесса с семьями детей с отклонениями в развитии

Как показывает многолетний практический опыт Г.А. Мишиной и других авторов, наиболее часто используются следующие формы организации лечебно-коррекционного процесса:

- ◆ консультативно-рекомендательная; ◆; • информационно-просветительская;
- ◆ практические занятия для родителей;
- <• организация «круглых столов», родительских конференций, семинаров, клубов, детских праздников и утренников;
- ◆ индивидуальные занятия с родителями и их ребенком;
- ◆> психотерапия и психокоррекционная арттерапия (см. главу V);
- ◆ подгрупповые занятия.

135

Определив цели и задачи работы с семьей, необходимо выбрать наиболее эффективные формы организации коррекционно-педагогического процесса и сотрудничества специалистов с родителями.

Как свидетельствует практика, наиболее широко используется *консультативно-рекомендательная* форма. В таких консультациях участвуют специалисты разных

профилей, которые проводят первичное обследование ребенка и затем отслеживают динамику его развития. С первой консультации начинается активное сотрудничество специалистов и семьи.

Специалисты по желанию родителей выбирают те или иные вопросы воспитания и освещают их в своих *лекциях*. Слушая лекции и вопросы других родителей, слушатели лучше осознают и решают свои проблемы. Кроме того, они имеют возможность познакомиться и оказать поддержку друг другу.

Наряду с лекциями проводятся *практические занятия*, на которых родители имеют возможность приобрести навыки по формированию нарушенных функций, умений и навыков у своих детей.

Хорошо зарекомендовали себя и такие формы как организация *«круглых столов», родительских собраний, конференций, детских праздников, клубов*. В их подготовке принимают участие специалисты, дети и сами родители.

А также *индивидуальные занятия с семьей*. На таких занятиях осуществляется лично-ориентированный подход, направленный на выявление и поддержку положительных личностных качеств родителей, необходимых для сотрудничества, составления индивидуальной программы работы с семьей.

Первоначально от родителей требуется фиксировать ход занятия педагога с ребенком и повторять эти упражнения дома. Затем специалист оценивает, что получилось, и делает замечания о характере и видах следующих занятий.

В некоторых семьях матери предлагается участвовать в отдельных эпизодах занятия: специалист с ребенком действует как одно целое, а мать как партнер по игре. Затем мать и специалист меняются местами.

В других семьях специалист может предложить маме закончить задание, начатое им, а затем самостоятельно его выполнить, помогая в случае неудачи.

Для обучения родителей налаживанию сотрудничества родителей, детей, специалистов и других людей проводят занятия с двумя детьми и их мамами<sup>^</sup> (*подгрупповые занятия*).

136

Задачи и формы коррекционного воспитания ребенка с отклонениями в развитии в семье

*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. В таких случаях родители выработанные в процессе сотрудничества со специалистами решения считают своими и более охотно внедряют их в собственную практику воспитания и обучения ребенка.

*Специалисты* информируют и обсуждают с родителями результаты своих обследований и наблюдений. *Родители* должны знать цели и ожидаемые результаты индивидуальной программы реабилитации ребенка. С самого начала знакомства необходимо определить готовность родителей сотрудничать со специалистами разных профилей, объем коррекционной работы, который они способны освоить. Родителей необходимо готовить к сотрудничеству со специалистами, требующему от них немало времени и усилий. 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 сотрудничество с родителями является особенно трудной задачей.

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

Родители — самые заинтересованные участники процесса и хотят сделать ребенка максимально приспособленным к окружающему миру и в перспективе — к социально-полезной трудовой деятельности.

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

Известно, что в процессе развития ребенка *функциональные системы взаимовлияют друг на друга.* 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

137

функций в процессе эмоционально-положительного взаимодействия ребенка с матерью составляет основу формирования 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 малыша следует радовать, обогащать световыми впечатлениями, показывая ему игрушки разного цвета, подвешивая их над кроваткой. Для привлечения внимания ребенка к игрушке взрослый приводит ее в движение, потряхивая и перемещая ее в пространстве.

У некоторых детей с отклонениями 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 необходимо участие речи.

Отставание в развитии речи приводит к трудностям формирования операций сравнений, 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.

— --\*—

138

В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки же родителей относиться к нему как к малышу вызывает 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.

Важное значение имеет ранняя диагностика так называемого «*трудного темперамента*», характеризующегося отклонениями поведения у детей раннего возраста. Этот синдром является достаточно устойчивым и нередко сочетается с отставанием речевого развития. Данный синдром наиболее отчетливо проявляется в возрасте *от одного до двух лет и от трех до четырех лет*.

Таким образом, *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

139

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.

Родители ребенка *в возрасте 5—6 лет* 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 игровую и посильную игровую деятельность; при посещении ребенком детского учреждения родители продолжают с ним работать. --, ■\* .

140

Помощь в воспитании и обучении родители получают у специалистов, ведущих ребенка. Кроме того, они могут обратиться в консультативные группы, 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.*

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.

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 дефекта. 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 при 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.

141

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, обучения, развития Вити Д., 3 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.

Индивидуальная программа воспитания и стимуляции развития Вани Д. (возраст 3 года 2 мес.)

Оценка ведется по *следующим параметрам*:

— *моторика*: (общая) соответствует возрасту; наблюдаются трудности в дифференцированных движениях пальцев рук, нечеткая латеральная доминантность. Не может прыгать на одной ноге, не выполняет задания па ручной праксис.

142

— *моторика речевая*: неловкие движения языка, ограниченная подвижность языка вверх (при нормально развитой уздечке).

— *понимание обращенной речи* соответствует возрасту. Собственная речь практически отсутствует.

*Диагноз*: задержка речевого развития. Элементы корковой дизартрии.

*Рекомендации*: развитие общей моторики и координации движений. Учить стоять на одной и другой ноге с закрытыми глазами. Прыгать ритмично под счет и музыку на двух ногах. От прыжков плавно переходить к ходьбе.

Специально подчеркиваем, 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.

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 руки?»;

— 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;

143

— 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. 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;

144

- старайтесь проводить оценку достижений ребенка в развитии в виде интересной игры;
- включайте в программу обучения развитие нескольких навыков, которые способствовали бы дальнейшему развитию какой-нибудь 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.

Режим для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии

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 удлиниться. В этих случаях решать вопрос о продолжительности сна следует только с врачом.

Для детей с отклонениями в развитии 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 условиям внешней среды и прежде всего к температурным и атмосферным изменениям.

*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 отклонениями 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.

Воспитание ребенка с отклонениями 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

147

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 головка 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.

Развитие у ребенка навыков самообслуживания

Очень важно для воспитания и социализации больного ребенка развитие у него навыков самообслуживания. Поскольку у всех детей с отклонениями в развитии с трудом формируются тонкие ручные навыки, которые необходимы при самообслуживании, для их развития требуются специальные занятия, проводимые в несколько этапов. На самом первом их этапе ребенка надо обучить умению произвольно брать и опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, соразме-

148

рять 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 отклонениями, чтобы овладеть всеми навыками, следует предоставлять как можно больше самостоятельности. Уберите хорошую посуду, которую вам 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, научите 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. Не сердитесь на него. Наберитесь терпения, 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 возможности ребенка.

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

Обучение малыша навыкам опрятности

Всех детей с отклонениями в развитии независимо от тяжести их состояния следует обучать навыкам опрятности. Но это потребует очень большого терпения и настойчивости. Развитие навыков опрятности у детей с отклонениями в развитии обычно

149

представляет определенные трудности, что связано как со спецификой их заболевания, так нередко и с ошибками воспитания. Многие родители, чрезмерно беспокоясь о будущем своего ребенка, начинают слишком рано прививать ему навыки опрятности, другие, напротив, жалея ребенка, не уделяют этому вопросу в первые годы жизни никакого внимания. В обоих случаях формирование навыков затрудняется.

Чтобы избежать этих ошибок, родителям полезно знать *особенности развития навыков* опрятности у здорового ребенка; до года у ребенка, как правило, не устанавливается связь между предметом и его назначением (за исключением отдельных редких случаев), почему и не следует стремиться прививать в этом возрасте привычку пользоваться горшком. Эта связь у большинства детей появляется *на втором году жизни*. Однако на этом возрастном этапе доминирующей формой деятельности является двигательная, и ребенок обычно так бывает ею увлечен, в частности освоением ходьбы, что часто забывает о контроле над функцией мочевого пузыря. Только постепенно, с возрастом этот контроль начинает закрепляться. В 2 года большинство детей имеют частично сформированные навыки опрятности, однако в этом возрасте ребенок может чувствовать беспокойство при пользовании горшком, по нескольку раз вскакивая с него. И только постепенно к 3—3,5 годам навык опрятности становится более прочным.

Родители должны помнить, что *процесс* воспитания навыков опрятности *длительный* и у здорового ребенка он *легко может быть разрушен при изменении привычной обстановки*, под влиянием эмоциональных переживаний, болезни и т. д.

Очень часто родители считают, что им удалось сформировать навык опрятности, как вдруг оказывается, что он утрачен. Эти срывы навыка в период его формирования характерны и для здорового ребенка, тем более они закономерны для ребенка с отклонениями в развитии.

Очень важно, чтобы родители хвалили ребенка, когда он проявил навык опрятности, и совсем не ругали, если этого не случилось. Даже умственно отсталый ребенок чувствует, что он сделал плохо, поэтому грубость родителей вызывает у него *беспокойство, не помогает укреплению навыка*, а, наоборот, разрушает его за счет эмоционального стресса.

Для воспитания навыка опрятности важно, чтобы родители предлагали ребенку горшок в строго определенные интервалы

времени. Важно развить у ребенка *желание обрадовать родителей*, ибо понять, почему надо пользоваться горшком, ему пока трудно.

При воспитании навыка опрятности родители должны учитывать следующие моменты, связанные со спецификой аномального развития: находясь на горшке, ребенок не должен испытывать страха. Чтобы чувствовать себя спокойно, ему надо быть рядом со взрослым; нельзя давать ему игрушки, так как внимание переключается на них; для многих детей трудно удержаться в позе сидения и расслабиться в этой позе для натуживания и опорожнения кишечника.

Последнее значительно затрудняет развитие навыков опрятности у многих детей с отклонениями в развитии. Тут могут быть полезны следующие советы. Если это маленький ребенок, матери можно ставить горшок себе на колени; это позволит поддерживать ноги ребенка в положении отведения, контролировать положение его головы и помогать ему сохранять равновесие. С помощью матери ребенку легче расслабиться. Иногда оказывается полезным применение небольшого куска пористой резины, использованной таким образом, чтобы она находилась вокруг краев горшка и обеспечивала бы более устойчивое и удобное положение ребенка, полезно также использование специальных стульчиков, за перекладины которых ребенок может удерживаться.

Важно подчеркнуть, что мальчики для их правильного психосексуального развития с самого начала воспитания навыка опрятности должны мочиться стоя. Для детей с двигательными нарушениями можно использовать специальный горшок с подъемными сторонами, держась за которые ребенок чувствует себя более устойчиво и преодолевает страх падения, или с этой целью можно укрепить перекладину.

Если у ребенка недостаточно развита реакция равновесия и функция сидения, то горшок можно поместить в деревянный ящик или в основание треугольного стула или табуретки, чтобы ребенок мог держаться за края этого приспособления.

Надо стремиться к тому, чтобы малыш с первых лет жизни учился сам доставать горшок, более старший — самостоятельно пользоваться горшком. Задача родителей — обеспечить возможность выполнения этих функций самим ребенком. Туалетную бумагу располагают на доступной для него высоте. Одежда ребенка должна быть такой, чтобы он мог снять ее самостоятельно.

*На первой стадии* развития навыка, когда ребенок, используя для этого различные способы, начинает сообщать окружающим о своих нуждах, взрослые должны быть максимально внимательны к этим сигналам — жестам, мимике, речи, выражению взгляда, голоса.

*На следующем этапе*, когда ребенок сам начинает доставать горшок и снимать одежду, важно создать условия для полной его независимости в этих действиях, о чем уже говорилось выше.

Для того чтобы облегчить формирование навыков опрятности у ребенка, вам следует прежде всего *поить и кормить его в одно и то же время*. И в соответствии с этим *высаживать на горшок*. Вначале сажайте малыша на горшок достаточно часто (например, *через каждый час*), но не оставляйте на горшке долго (не более 5—6 минут).

Еще раз обращаем внимание на то, что при тренировке навыков опрятности следует быть максимально терпеливыми и последовательными в своих действиях. Не следует думать, что только у вашего ребенка возникают большие трудности в приобретении этих навыков. Во всех случаях важно понять причину трудностей, испытываемых ребенком, и направить все усилия на ее преодоление.

Если же, несмотря на все старания родителей, навык опрятности не формируется к 4 годам или же если навык сформировался, а потом под влиянием каких-либо неблагоприятных воздействий был утрачен, вам необходимо обратиться к врачу.

У многих детей с отклонениями в развитии, у которых удалось сформировать навыки опрятности в дневное время, ночью во время сна может наблюдаться неосознанное упускание мочи—энурез. Ночной энурез у детей с отклонениями в развитии часто связан с нарушениями механизмов сна. Поэтому одним из важнейших режимных моментов в этих случаях следует считать *строгую организацию режима сна* ребенка. Необходимо создать благоприятные условия для отхода ко сну, исключив за 2 часа до сна различные эмоционально возбуждающие воздействия (подвижные игры, просмотры телепередач и т. д.), спать ребенок должен на полужесткой кровати со слегка приподнятым ее ножным концом, в теплой комнате. Важным является соблюдение определенного *пищевого и питьевого режима* с ограничением во второй половине дня продуктов, содержащих большое количество жидкости. Питьевой режим предусматривает исключение всякого питья за 4—5 часов до сна. Если этих режимных моментов оказыва-

152

ется недостаточно, вам следует обязательно посоветоваться с врачом-психоневрологом.

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), а также ограничения движений глаз из-за различных форм косоглазия, нарушений фиксации взора, ограничение 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.

Считаем необходимым отметить следующие особенности проведения коррекционной работы по сенсорному воспита-

153

нию малыша — это этапность и последовательность. Безусловно, это правило относится ко всем видам коррекционной работы, но мы его рассмотрим на примере сенсорного воспитания. Прежде всего 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 это выявляется 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 возникнуть 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 и других функций.

Таким образом, если ребенок находится на самом *начальном этапе развития сенсорных функций*, то его прежде всего обучают возможности 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 всебазисные цвета.

154

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

Родителям следует помнить, что особенно полезным 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*.

155

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 — отверстие 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.

156

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 отклонениями в развитии 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 зак-

157

решить адекватные образы восприятия предметов и явлений окружающего мира, что имеет важное значение для его умственного развития.

Развитие познавательной деятельности, речи и навыков общения

Для развития познавательной деятельности ребенка пред-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 является *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 соотнесения 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,

158

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 дифференцирован-

159

ные 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 саморегулирующая биологическая система.

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

*Детские вопросы.* 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 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.

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 действи-

ями определенными предметами — это предметные игры, которые развиваются на основе предметно-манипулятивной деятельности.

Считается, что 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, определяемый 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 соотнесение 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* — выражать свое одобрение самым естественным образом. Помните, что *похвала* — это самая естественная и самая доступная форма поощрения. Похвала стимулирует деятельность ребенка. Но в некоторых случаях слишком частая по-  
162

хвала может стать привычной и потерять свою стимулирующую способность. Чтобы этого не произошло, следует разнообразить формы похвалы. Разными способами дайте понять малышу, за что вы его хвалите. Это особенно важно для детей более старшего возраста. Выделяйте похвалу особой интонацией. Научите ребенка ценить похвалу. Поощрения должны стать естественной частью общения между родителями и детьми.

Таким образом, *начальное обучение ребенка 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 госпи-тализма 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 стереотипии — раскачиваний, подпрыгиваний, вращений, перебираний пальцами, кручения головой. Эти действия могут сменяться игрой 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 отклонениями в развитии. Направляя игру, родители учат его нравственным элементарным нормам поведения, помогают ему войти в коллектив здоровых детей. Надо стремиться к тому, что-

163

бы взаимопонимание, взаимопомощь стали привычными формами поведения ребенка с отклонениями 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 отклонениями в развитии, и особенно на детей с болезнью Дауна. 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.

Помощь ребенку в совершенствовании двигательных функций и ориентации в пространстве

Двигательные нарушения в той или иной степени выраженности наблюдаются у всех детей с отклонениями в развитии, 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. Прежде всего важное значение в развитии моторики имеет проведение *специальных упражнений в равновесии, 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 под-

164

держку 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 в ходьбе:* малыша учат ходить по прямой дорожке, намеченной мелом или выложенной шнурками 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 спрыгивать* 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 желательно проводить перед зеркалом.

У детей с отклонениями в развитии в первые годы жизни часто наблюдается неправильная установка стоп, *плоскостопие*. Для развития правильной опорности стопы и укреплению ее свода полезна *ходьба по ребристой доске, вдоль каната (боси-*

165

*ком)*. 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.

*Ляразеития 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.

Научите ребенка 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. И наконец, ребенок выполняет упражнения один по словесной инструкции.

Важное значение имеют 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 рисует пальцем на доске и ребенок. Затем он мелом ведет по этим линиям.

Важное значение в развитии пространственных представлений имеет *восприятие и воспроизведения 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 в рисовании, конструировании, в игре и других видах деятельности.

Малыша следует также научить специальным *приемам сенсорного обследования и узнавания предметов* с обязательным подключением движений рук гт. е. ребенок ощупывает пред-

166

мет 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.

*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. Так используют специальные игры-занятия, во время которых взрослый просит ребенка называть предметы, действия и изображения на картинках.

Формирование предпосылок к обучению чтению и письму

Развивают умение отвечать на вопросы по самостоятельно прочитанным предложениям, соблюдать в устной речи и при чтении пауз 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,

167

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.

Психомоторно-ориентированное стимулирование при помощи лечебно-педагогической вольтижировки

В последние годы в начальных школах нам все чаще приходится иметь дело с детьми, имеющими значительные *повреждения грубой и тонкой моторики*.

Все чаще еще до поступления в школу состояние здоровья современных детей значительно ухудшается, обнаруживаются психосоматические нарушения, излишний вес, слабая координация и осанка, а также снижение общей толерантности к нагрузке.

*Вольтижировка* считается идеальным видом спорта для детей и подростков, занимаясь которым можно развить самостоятельность и умение работать в коллективе.

Лечебно-педагогическая вольтижировка уже давно признана в научных кругах и давно миновала фазу клинических испытаний. Лошадь используют в работе с детьми с нетипичным поведением, с трудностями в обучении.

*Лечебно-педагогическая вольтижировка полезна детям:*

— с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания, которые постоянно шаркают ногами, качаются на стуле, их руки постоянно чем-то заняты; когда они сидят на стуле, все тело часто меняет свое положение; они невнимательны и раздражительны;

168

— с нарушениями равновесия и зрительно-моторной координации;

— с мышечной слабостью, замедленными и скованными движениями;

— страдающим ожирением, вследствие чего они кажутся неповоротливыми, неуклюжими, с низкой физической активностью;

— не испытывающим от движения и занятий спортом никакой радости; со сниженной самооценкой.

Установлено, что за такими школьными проблемами, как неуспеваемость, неумение сконцентрироваться, нежелание учиться, агрессия или позиция аутсайдера скрываются *двигательные проблемы*, причину возникновения которых следует искать еще в дошкольном возрасте.

В процессе вольтижировки дети, сидя на лошади, выполняют ряд гимнастических упражнений самостоятельно, с одним или двумя партнерами, на шагу или на галопе. Лошадь двигается на корде по кругу. Кроме того, проводятся разные упражнения и подвижные игры, а применение дополнительных предметов, например, кольца, мячи, обручи вносят в движение разнообразие и повышают двигательную мотивацию.

Далее, большое значение имеет процесс ухода за лошадью, например, ее подготовка к занятию, расседывание в конце урока, текущие работы на конюшне, наблюдение за ней, когда она катается на подстилке и на пастбище. Ребенок чувствует себя частью подлинной жизненной ситуации, в процессе которой он должен проявлять активность и справляться с разными заданиями, имеющими практическое отношение к вольтижировке непосредственно.

Детям предлагается *комплекс упражнений для развития тонкой и крупной моторики*, например:

— круговые движения вытянутых вперед рук с различной силой нажима на отдельные части тела лошади при чистке скребницей и щеткой; движения при расчесывании гривы и хвоста;

— поднимая и раскрючывая копыто, ребенок преодолевает страх, а также получает ясное представление о последовательности собственных движений вплоть до дозированного применения собственной силы в согласованной координации с движениями лошади;

— надевание и снятие оголовья вырабатывает у ребенка координированные движения рук, он все время приспосабливается к движениям лошади головой.

169

Ребенок испытывает на галопирующей лошади ощущения, близкие к тем, которые возникают при занятиях на снарядах: тренажерах, качелях, трамплинах и др., например, *раздражение вестибулярной системы* вследствие перемены направления вверх-вниз, вправо-влево, а также *ощущения от вращательных и раскачивающих движений*. Однако по отношению к снарядам он не испытывает глубокой привязанности, как это в большинстве случаев происходит при общении с лошадью. Лошадь как бы становится неотъемлемой частью его повседневности. Дети делятся с окружающими своими переживаниями, рисуют посвященные лошадям картины, посещают свою лошадь в перерывах между занятиями, балуют ее всевозможными лакомствами и даже извиняются перед ней в том случае, если чем-то ей помешали. Общение с лошадью, очарование и сила, которую она излучает, до сих пор позволяют заинтересовать в вольтижировке даже очень слабых и неуверенных с точки зрения движения детей. Конечно, нужно действовать без принуждения, очень спокойно, раскрепощенно и терпеливо, чтобы самое позднее в конце первого урока можно было положить начало добрым отношениям, например, ребенок смог бы похлопать лошадь по шее, коснуться ее ноздрей.

Исходящие от двигающейся шагом или галопом лошади двигательные импульсы имеют решающее значение для обучения ребенка основам движения, то есть равновесию, координации, способности адекватно реагировать, ритму, а также способности ориентироваться. Что означает для ребенка с нетипичными движениями сидеть на большой лошади, полностью слиться с ритмом ее движения или пытаться выполнить упражнения на ее узкой спине, в полной мере может понять лишь тот, кто сам испытал нечто подобное.

Даже если все изменения движения лошади едва заметны глазу постороннего наблюдателя, то от ребенка с нетипичными движениями они требуют высокой степени концентрации и умения сохранять равновесие в каждом упражнении.

Весь *полученный двигательный опыт* позволяет ребенку *чувствовать себя более уверенно и действовать целенаправленно*, растет чувство собственной значимости, что влияет на общее развитие личности.

Мы уже отмечали *взаимосвязь моторного и психического развития* ребенка, поэтому родители должны хорошо себе представлять, что, развивая моторику ребенка, они в значительной степени стимулируют и его психическое развитие.

170

Организация ранней лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии

Условно организацию лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии можно разделить на три этапа.

*Первый этап* — это специализированная помощь детям раннего возраста с поражением центральной нервной системы и детям группы риска. Эта помощь начинается с родильного дома и продолжается в специализированных психоневрологических стационарах и отделениях многопрофильных больниц для новорожденных и грудных детей, затем в амбулаторных условиях под наблюдением детского невропатолога или психиатра, а также в специализированных детских яслях и домах ребенка.

На первом этапе особо важное значение придается *медицинской помощи и комплексным лечебно-коррекционным мероприятиям*, направленным на исправление имеющихся нарушений и предупреждение возможных дальнейших отклонений в психомоторном развитии. Первый этап наряду с лечебными задачами имеет *общее профилактическое направление*, поскольку от своевременной и рациональной помощи новорожденным, детям грудного и раннего возраста часто зависит тяжесть последующих отклонений в развитии.

*Бродильных домах* имеются специальные палаты для лечения и выхаживания детей, родившихся в асфиксии, перенесших родовую травму, недоношенных, а также детей с врожденными пороками развития или имеющих признаки повреждения центральной нервной системы. В лаборатории крупных родильных домов с помощью биохимических, иммунологических и цитогенетических методов обследования, а также использования ультразвуковой аппаратуры возможна ранняя диагностика многих заболеваний центральной нервной системы.

В родильном доме имеются также палаты интенсивного лечения. Детей с наиболее тяжелыми поражениями центральной нервной системы переводят в специальные центры новорожденных, где проводят интенсивное лечение, в отдельных случаях с ранними нейрохирургическими вмешательствами, направленными на предупреждение необратимых изменений головного мозга. В дальнейшем их направляют в *специализированные стационары* для новорожденных и грудных детей. В стационарах уточня-

171

ется диагностика патологии нервной системы и проводится восстановительное лечение, которое кроме медикаментозного включает специальные комплексы лечебной гимнастики и массажа, физиотерапию, ортопедические мероприятия, а также раннюю логопедическую и педагогическую работу.

После выписки из стационара дети с поражением центральной нервной системы, а также из групп риска проходят *лечение в амбулаторных условиях* под наблюдением детского невропатолога или психиатра. В районных поликлиниках организуются отделения восстановительного лечения, в которых работают врачи и методисты лечебной физкультуры, логопеды, имеются также кабинеты физиотерапии. Районный невропатолог определяет необходимость повторного лечения в стационаре или направляет в спе-

специализированные ясли и санатории (детей с церебральными параличами, олигофренией и другими заболеваниями нервной и психической сферы). Существуют также специальные детские ясли для детей с отставанием в речевом развитии.

*В специализированных яслях и санаториях* проводятся комплексные лечебно-педагогические мероприятия с участием врача-психоневролога или невропатолога, логопеда, дефектолога, методиста лечебной физкультуры, воспитателя. Весь комплекс мероприятий в этих учреждениях направлен на стимуляцию возрастного развития двигательных, речевых и психических функций.

*На втором этапе* специализированная помощь детям с отклонениями в развитии дошкольного возраста проводится в *специализированных* стационарах, санаториях, детских садах, детских домах, районных поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

Направление в детские сады и детские дома осуществляется районными, областными и городскими медико-педагогическими комиссиями, на которые детей направляют районные невропатологи или психоневрологи.

На втором этапе комплексных лечебно-оздоровительных мероприятий все большее внимание уделяется *педагогической и воспитательной работе*. В этих учреждениях работают педагоги-дефектологи, логопеды. Детские сады различают в зависимости от характера отклонений в развитии и степени тяжести дефекта.

Коррекционная педагогическая работа с детьми дошкольного возраста проводится по *специально разработанным програм-*

172

*мам*. Каждый раздел программы имеет как *общеразвивающую*, так и *коррекционную направленность*.

В специализированных детских садах проводят работу по следующим разделам: физическое воспитание, игра, изобразительная деятельность и конструирование, труд, ознакомление с окружающим миром, развитие речи, формирование элементарных математических представлений, музыкальное воспитание, индивидуальная коррекционная работа по восстановлению нарушенных функций.

*На третьем этапе* специализированная помощь детям с отклонениями в развитии осуществляется районными поликлиниками и психоневрологическими диспансерами, специализированными стационарами, санаторными школами, специальными школами и специальными школами-интернатами, детскими домами и домами инвалидов.

Новые формы организации *коррекционно-педагогического процесса*: группы кратковременного пребывания в специальном учреждении, группы надомного обучения для детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, интегрированные группы предоставляют родителям широкие возможности выбора маршрута развития своего ребенка.

*Медицинские мероприятия* являются составной частью реабилитационных программ, включающих *педагогическую, психологическую и социальную помощь* ребенку и его семье.

В последние годы в России создаются общественные организации, задача которых — помощь семьям в воспитании «особого» ребенка. В них родители могут получить консультации, принять участие в благотворительных мероприятиях.

Одной из новых форм помощи особым детям являются *реабилитационные центры* для детей и подростков с ограниченными возможностями. Атмосфера в таких центрах максимально приближена к домашней.

Такие центры заключают договоры с научно-исследовательскими организациями о научном и методическом сотрудничестве по реализации новых подходов к содержанию обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями.

В негосударственных учреждениях для детей с отклонениями стремятся максимально привлечь *родителей как партнеров* к работе с ребенком: приглашают их на занятия, совместно с педагогами составляют планы индивидуальной коррекции.

173

Таким образом, воспитывать и обучать детей с недостатками развития не только можно, но и нужно. Дети могут воспитываться и обучаться как в домах-интернатах, так и в специальных коррекционных учреждениях и реабилитационных центрах, но где бы ни обучался ребенок, в первую очередь родители должны быть его опорой и поддержкой, первыми учителями и воспитателями, так как ни одно дошкольное или школьное учреждение не может дать ребенку той любви и поддержки, которую он получит в своей семье.

Вопросы и задания

1. Назовите основные принципы коррекции отклонений в развитии.
2. Какие направления коррекционной работы в семье являются основными?
3. Какие приемы используют родители, обучая ребенка с отклонением в развитии навыкам самообслуживания?
4. Какое значение имеет игра в развитии ребенка? Развитие навыков игровой деятельности в семье.
5. Значение режима дня и питания для детей с отклонениями в развитии.
6. В чем суть стимуляции психического развития детей с отклонениями в развитии в семье?
7. Как формируются предпосылки к обучению чтению и письму в семье?
8. Что такое индивидуальные коррекционно-развивающие программы и кем они составляются?
9. В чем значение лечебно-педагогической вольтижировки и каким детям она полезна?
  - Ю. Как организована лечебно-педагогическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии?

174

## ГЛАВА 6

### Ребенок

с проблемами

интеллектуального

развития в семье

Положение ребенка в семье

Более половины семей *отрицательно* влияют на развитие умственно отсталого ребенка, и лишь около 40% семей оказывают *положительное* воздействие. При этом следует отметить, что даже в тех семьях, где отношение к ребенку правильное, родители в большинстве случаев действуют, руководствуясь лишь собственным пониманием роли воспитания, не разбираясь в его специфике.

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 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, т. е. сами *страдают интеллектуальной недостаточностью*, хотя и в легкой степени. Следствием этого является проблема дальнейшего образования и трудоустройства, материального благополучия. Родители умственно отсталых детей в среднем имеют тот же образовательный и социально-экономический статус, в то время как среднее число детей

на такую семью несколько больше, чем у родителей детей, развивающихся нормально. Такие семьи распадаются чаще, а в нераспавшихся семьях родительские функции нередко переключаются 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 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. "

176

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*. Большинство родителей детей с интеллектуальной недостаточностью имеют начальное (14%), среднее (26,3%) и среднее специальное (56,6%) образование. Высшее образование имели только 0,9% родителей. В исследовании Д. В. Зайцева было показано, что большинство родителей умственно отсталых детей принадлежали 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.

В 1999 г. ежемесячный совокупный доход в семьях умственно отсталых детей составлял 500—1000 рублей (61,4%) и менее 500 (29,2%). Таким образом, подавляющее 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.

177

*Эмоциональное отвержение* чаще всего имеет место, когда ребенок не оправдывает ожиданий родителей, не удовлетворяет их социальных амбиций, 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 (см. главу V).

Стереотипы отношения к умственно отсталому ребенку учителей и родителей

Право людей с ограниченными возможностями на социальную интеграцию подтверждено международными законами. Однако общество, более инертное по своей природе, может препятствовать социальной интеграции таких людей. При этом *деление людей на полноценных и неполноценных* опирается не столько на объективные факты, сколько на *отрицательные стереотипы*, издавна сложившиеся в обществе. От той или иной позиции родителей зависит достигаемый ребенком уровень развития. Позиция педагога, активно участвующего в процессе воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии, подвержена влиянию как *социальных-стереотипов*, так и *профессий-*

178

*нальных*, формирующихся в процессе обучения в вузе. Не вызывает сомнения, что позиция специалиста, его умение видеть проблемы семьи и изменять родительское отношение к ребенку имеют первостепенное значение для успешного развития ребенка с особыми нуждами.

Специальные исследования показали низкую готовность к взаимодействию с ребенком с отклонениями в развитии не только родителей, но и педагогов. Внимание *специалистов* часто концентрируется на подлежащих коррекции недостатках, в то время как значение других характеристик, особенно эмоционально положительного отношения к ребенку с особыми потребностями, упускается из виду.

*Учителя младших классов* массовой школы демонстрируют минимальное знакомство с проблемой отклонений в развитии: они не знают специфических особенностей развития, таких как нарушения динамики психических процессов и повышенная чувствительность детей к отношению окружающих, характерные для «особых» детей.

*У родителей* наибольшую озабоченность вызывают нарушения поведения, речи и динамики психических процессов. Характерный внешний вид «особых» детей гораздо меньше тревожит социальные группы, знакомые с проблемой, а именно родителей и студентов-дефектологов старших курсов.

*Центральным компонентом стереотипа* умственно отсталого ребенка у будущих педагогов является *нарушение познавательной деятельности*. У первокурсников главным элементом стереотипа являются нарушения поведения.

*Социальный стереотип* образа «особого» ребенка у людей, мало знакомых с проблемой, не содержит таких категорий описаний, как нарушения динамики психических процессов и повышенная чувствительность к отношению окружающих. Эти характеристики познаются либо при практическом взаимодействии с этими детьми, либо в процессе их обучения.

*Родители* значительно *меньше значения* придают *нарушениям познавательной сферы*, чем педагоги. Возможно, это связано с застреванием родителей на более ранних стадиях кризисных переживаний, вызванных рождением ребенка с отклонением в развитии, — на *фазе имплицитного отрицания*, когда факт отклонения формально

признается, но эмоционально отвергается. В результате у них не происходит идентификации собственного ребенка с группой «особых» детей в целом. Такой

179

защитный механизм мешает родителям адекватно воспринимать особенности развития своего ребенка. По-видимому, осознание возможностей своих детей происходит у них постепенно, и задача педагога и психолога — не форсировать его, а облегчить, используя шадящую терминологию, изменяя отрицательный стереотип и убеждая родителей в возможности успеха. В целом полученные данные показывают, с одной стороны, относительную *устойчивость отрицательных стереотипов* отношении «особому» ребенку у лиц обследованных категорий, с другой — их определенную *модификацию под влиянием профессионального образования*. Последнее свидетельствует о важности эмоционально положительного взаимодействия с ребенком и его родителями, о необходимости вселять в них уверенность в возможность успеха, поддерживать их при неудачах, привлекая внимание к положительным сторонам личности ребенка с особыми потребностями.

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 могло бы изменить 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. 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.

180

1. В каждом ребенке заложены возможности и способности, которые необходимо раскрыть, поддерживать и развивать.

2. Каждый ребенок является уникальной личностью.

3. Нарушение интеллектуального развития — это нарушение в сфере понимания. Неудовлетворительное окружение превращает это в недостаток, значит, это проблема окружения, а не больного.

4. Ребенок с нарушением интеллекта растет и взрослеет, его жизненный цикл такой же, как у других людей.

5. 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 отклонениями 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 больного ребенка.

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

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

181

Большинство родителей маленьких детей с умственной отсталостью в первую очередь обеспокоены, сможет ли он обучаться в массовой школе. Они начинают обучать ребенка чтению, письму, счету, организуют дополнительные занятия с педагогом, стремятся дать ребенку такое количество информации, которое он не в состоянии осмыслить. При этом формированию социально-бытовых навыков уделяется значительно меньше внимания.

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 больной ребенок, 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 непохожи на других, учатся они или нет. Такое «прозрение» матери является благом для обоих — 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 стоит внушать ребенку, что он больной. Нужно использовать все средства, чтобы воспи-

182

тать 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. Снижение требований в отношении навыков опрятности,

самообслуживания, посильного труда в семье, заботы о близких должно быть минимальным.

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 отбатывать 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 не-удачи.

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 еда, уметь самостоятельно покормить другого и т. д. 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

183

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

По В. В. Ткачевой это следующие направления:

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 противополо-

184

ставления себя социуму и переход в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»).

3. Постепенное исключение проблем 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

185

существования маленьких, но очень важных для ее ребенка достижений. Мать обучается отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог.

*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 свою иерархию установок и ценностей.

Формы психокоррекционной работы специалистов ГОУ с семьями, имеющими детей с нарушениями интеллекта

*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 эффективного 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-диад^е «мать — ребенок». Благодаря демонстрации приемов работы с ребенком и конспектированию

186

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.

Предлагалась 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 внедрен 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.

187

*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, воспитывающих детей с нарушениями интеллекта

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).

Особые формы отклонений в развитии Синдром Дауна

*Какие хромосомные перестройки встречаются при синдроме Дауна?*

Это заболевание названо именем врача, впервые описавшего его в 1866 году. Болезнь Дауна относится к *хромосомным заболеваниям*, в основе которых лежит изменение числа или структуры хромосом. При болезни Дауна у человека не 46, как в норме, а 47 хромосом (3 хромосомы вместо 2 в 21-й паре). Это наиболее частый

188

вариант данного заболевания. Хромосомный набор у родителей при этом варианте болезни Дауна нормальный.

В более редких случаях (около 2%) при болезни Дауна у ребенка одновременно обнаруживаются клетки с нормальным числом хромосом и клетки с 3 хромосомами вместо 2 в 21-й паре. Женщины, которые имеют такой набор клеток, могут рожать как здоровых детей, так и детей с болезнью Дауна. Риск рождения второго ребенка с болезнью Дауна в этом случае велик и достигает 30%. Имеются данные, что интеллект этих детей страдает в несколько меньшей степени, чем в первом случае.

Более редким нарушением хромосом при болезни Дауна является так называемая *транслокация*, при которой изменения хромосомного набора связаны с переносом 21-ой хромосомы на другую хромосому. Здесь общее число хромосом в кариотипе (видоспецифичный набор хромосом) 46, так как дополнительная хромосома перемещена на какую-либо другую хромосому.

Этот вариант заболевания в половине случаев наследуется и в половине случаев возникает в результате новой мутации в половой клетке одного из родителей. При этом родители здоровы. Частота рождения детей с этим вариантом болезни Дауна не зависит от возраста матери, но, возможно, имеет значение, в каком возрасте бабушка ребенка родила его мать. Некоторые авторы отмечают более поздний возраст бабушек к моменту зачатия матерей.

Раньше полагали, что *трисомия* (появление третьей хромосомы в паре) имеет место только в яйцеклетке, теперь известно, что эта мутация может возникать и в сперматозоидах.

*Когда и по каким признакам диагностируется синдром Дауна?*

Заболевание распознается сразу после рождения по характерному виду ребенка. Возможна более поздняя диагностика. 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

189

больных обнаруживаются пороки развития внутренних органов, особенно часто сердечно-сосудистой системы. У больных короткая широкая шея с кожной складкой, у новорожденных 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.

*Как часто рождаются дети с синдромом Дауна?*

Частота появления синдрома Дауна во всех странах мира примерно 1:600 новорожденных. Риск рождения ребенка с синдромом Дауна (простой трисомией) зависит от возраста родителей. Если мать моложе 35 лет, то риск болезни Дауна в семье низкий — около 0,4%, при возрасте родителей старше сорока этот риск возрастает до 4,1 %.

*Может ли болезнь Дауна повториться в одной семье?*

Если один из родителей является носителем транслокации (перенос 21-й хромосомы на 21-ю с сохранением объема генетической информации), риск возрастает почти на 100%. Если транслокация другого типа, например 21/22 или 21/13; 21/14 или 21/15, то риск не превышает 10%, если носителем транслокации является мать, и около 2% — если отец. Во всех случаях при решении вопроса о рождении второго ребенка в семье, где уже имеется ребенок с болезнью Дауна, родителям следует обратиться в медико-генетическую консультацию и в ряде случаев необходимо во время беременности провести анализ околоплодной жидкости.

*У кого прежде всего следует изучать кариотип?*

У больного ребенка. Однако этот вопрос также решает врач. Если женщина старше 35 лет, и у нее уже есть здоровые дети, и дальнейшее деторождение не планируется, клинический диагноз у ребенка не вызывает сомнений, а больных с синдромом Дауна ни по отцовской, ни по материнской линии не было, то, возможно, цитогенетическое исследование и не понадобится.

190

*Как развиваются дети 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.

«Относительная сохранность эмоциональной сферы, хорошая подражательность детей с болезнью Дауна способствуют тому, что интеллектуальная недостаточность этих больных для родителей становится очевидной в несколько более старшем возрасте, обычно после 2—3 лет. Умственная отсталость при болезни Дауна проявляется в разной степени. Больные 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.

*Могут ли дети с болезнью Дауна стать взрослыми и иметь детей?*

Не описано ни одного случая рождения детей у мужчин с синдромом Дауна. Женщины могут быть фертильными, но у них высокий риск рождения ребенка с синдромом Дауна.

Для детей с синдромом Дауна характерно позднее половое созревание и раннее появление признаков старения организма. В этот период больные утрачивают приобретенные ранее навыки, отличаются пассивностью, бездеятельностью, иногда чрезмерно возбуждены. Многие не могут достигнуть полной социальной адаптации и нуждаются в опеке и помощи близких.

### *Чем могут помочь родители своим детям?*

Если у ребенка болезнь 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

191

пороки сердца при болезни Дауна наблюдаются в 30—40% случаев, и, как правило, эти дети отличаются небольшой соматической ослабленностью, у них часто может наблюдаться затрудненное дыхание, одышка. А потом надо особенно хорошо проветривать помещение, где находится малыш. В ряде случаев полезно использовать увлажнитель воздуха.

Всем детям с болезнью Дауна необходимо обследовать слух, так как нарушения слуха у них достаточно частые. А невыявленные нарушения слуха значительно затрудняют развитие речи и общее психическое развитие ребенка. Малыша следует проконсультировать также у глазного врача и эндокринолога.

У многих детей с болезнью Дауна имеются различные дефекты зрения, недостаточность функции щитовидной железы и других желез внутренней секреции.

Внимательно наблюдайте за своим ребенком, не пропустите 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 значительной степени зависит от того, как рано и как упорно будут 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, 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 вашими действиями при одевании, раздевании, умывании, уборке помещений и т. п. Если в семье есть еще дети, предоставьте ему возможность как можно больше наблюдать за их действиями и игрой. Постепенно обучайте этим действиям и больного ребенка. Делайте это систематически и обязательно увидите результат своего труда.

192

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, координации 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. Чаще ласкайте, обнимайте своего ребенка, и он таким же способом будет выражать свое отношение к близким.

Показывайте малышу большие яркие картинки, учите его рассматривать их, кратко объясняйте их содержание.

Особое внимание следует обратить на *развитие речи* малыша. При этом опять же необходимо опираться на большую подражательность больного ребенка. Поэтому кроме

проведения специальных занятий по развитию речи сделайте для себя правилом комментировать свои действия, 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.

Читайте ребенку *большие книги*, подбирайте тексты в соответствии с его уровнем понимания. При этом используйте 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 вам ни было трудно, какое бы отчаяние ни охватило вас, помните: главное — это терпение и любовь.

193

*У каких специалистов следует проконсультировать ребенка с синдромом Дауна?*

Важным является объективное обследование зрения и слуха, так как до 60% детей с синдромом Дауна имеют различную патологию зрительной системы и 40% — слуха.

Также ребенок с болезнью Дауна должен наблюдаться у *психоневролога, педиатра и эндокринолога*; следует помнить, что у этих детей имеют место пороки сердца, недостаточность функций щитовидной и половых желез.

*Какие программы раннего обучения могут быть полезными для родителей 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, т. е. 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.

Прежде чем обучать ребенка чему-либо, необходимо учить его концентрировать внимание. Выделяют *три главные ступеньки концентрации внимания*:

- 1) на человеке путем поддержания зрительного контакта;
- 2) на предмете или звуке;
- 3) на предмете одновременно с другим человеком.

В программе «Маленькие ступеньки» обучение ребенка разделено на три стадии.

Объясните малышу, что он должен сделать: вначале, во время выполнения задания и каков должен быть результат. Если необходимо, помогите ему. Важно, чтобы родители давали ре-

194

бенку задания, соответствующие его возможностям. Иногда ребенку недостаточно словесного объяснения, необходим показ тех или иных действий. Учите ребенка выполнять задания по образцу с обязательным подключением словесной инструкции. В ряде случаев необходимо деление на составляющие части, т. е. программирование его деятельности. Никогда не забывайте об одобрении и похвале.

Работа по программе «Маленькие ступеньки» требует *дифференцированного подхода* к каждому ребенку, многие из которых нуждаются не только в развитии

психомоторных функций, но и в коррекции различных нарушенных функций, например, зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, функции активного внимания, поведения.

Следуя программе «Маленькие ступеньки», необходимо дифференцировать конкретные приемы педагогической работы с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка, сочетать обучение с лечением, шире использовать различные игровые приемы.

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 болезнью Дауна *понижен 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 смогут учиться в обычных классах 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 и других детей.

Не следует фиксировать внимание на том, что ребенок выглядит и ведет себя иначе. В действительности родители должны *концентрировать внимание* не на отрицательных качествах, а на *достоинствах ребенка и на источниках его совер-*

195

*шенствования*, таких как программы ранней стимуляции его развития.

*Нужно ли вступить в ассоциацию родителей?*

Целесообразно вступить в Ассоциацию родителей детей, страдающих болезнью Дауна, где можно получить ценные практические советы и предложения от других родителей, которые сами прошли через подобную ситуацию, преодолели ее и способны поделиться опытом. Необходимо включить ребенка в нормальную жизнь семьи. Родителям, которые сближаются со своими особыми детьми, удается гармонизировать отношения в семье и развить в себе особую чуткость. Это влияет и на отношение братьев и сестер к ребенку с болезнью Дауна. Воспитание такого ребенка должно быть делом всей семьи. Замечено, что, когда братья и сестры общаются с таким ребенком, они утрачивают обычную эгоцентричность, становятся добрыми, заботливыми и чуткими с родителями. Этот ребенок может поднять на более высокий уровень отношений всех членов семьи.

С другой стороны, в отношениях с ребенком необходимо *соблюдать меру и не забывать про остальных членов семьи*. В таких семьях мать может считать, что муж может сам о себе позаботиться, 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 унижать ребенка и родителей своей жалостью.

*Полезно ли детям с синдромом Дауна грудное молоко?*

Дети с синдромом Дауна легко простужаются, особенно часто у них болят уши — грудное молоко повышает у них 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 свойственен ритм, облегчающий сосание.

196

Дети с этой болезнью отстают в умственном развитии, грудное молоко — хорошая пища для развития мозга.

Как правило, дети с синдромом Дауна — гипотоники, слабо сосут, им нужно помогать, обучать. Нужно терпение и еще раз терпение, пока мама и ребенок не поймут друг друга.

*Почему важны ранняя диагностика и помощь?*

В первый год 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 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 нормальным развитием, это доставит много удовольствия и ребенку, и его партнерам по игре.

*Как влияет появление ребенка с синдромом Дауна на взаимоотношения в семье?*

Не будет ли больной ребенок угрожать прочности брака? Как появление такого ребенка отразится на здоровье полноценных братьев и сестер? 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, от такта и мудрости матери.

*Как воспитывать ребенка с синдромом Дауна?*

Воспитание детей с болезнью Дауна в семье несколько облегчается тем, что большинству из них присуще дружелю-

197

бие, 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.

На втором году жизни особенно необходимо 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.

*Нужны ли детский сад и группа общения?*

Как и для всех других детей, так и для детей с синдромом Дауна полезно посещение детского сада и специальных групп общения.

Совместное пребывание с другими детьми помогает ребенку приобрести навыки группового общения, осмысленно находиться среди других детей. Важно при этом, чтобы группы были маленькими и там был квалифицированный персонал.

*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 решить взаимоотношения, будут заботиться друг о друге и уделять другим детям достаточное внимание, то все пойдет на благо ребенка 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 поведения с умственно отсталым ребенком и умение воспринимать его таким, какой он есть. ~ -- ^>

198

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 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 либо являются ведущим дефектом*. 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 специальной адаптации ребенка. Ушные раковины у детей с синдромом Дауна меньше, чем обычно, округлой формы, с расплюснутым завитком, выступающим противозавитком, слабовыраженным козелком, про-тивокозелком 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 покро-

199

вов, 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 способствуют 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 внутрече-

200

репного, 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.

201

Таким образом, снижение слуха как по звуковоспроизводящему, 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 удлинённый 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.

Операционное 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 Бруш-фильда) 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

202

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

203

тумане; чтобы яснее их рассмотреть, они вынуждены прищуриваться.

Близкорасположенные предметы им 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: выдерживать *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 кверху или низу. При этом косоглазие может быть *односторонним*, когда постоянно отклоняется один и тот же глазки *двусторонним*, при котором

204

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. *Амбли-опия* 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 долгого выявления сложного дефекта у детей с синдромом Дауна необходимы обязательное периодическое комплексное медицинское обслуживание, включающее отори-ноларингологическое, 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.

В медицинской литературе последних лет появилось описание *более редких форм умственной отсталости* — многих наследственных заболеваний, при которых интеллектуальная недостаточность сочетается с речевыми и другими нарушениями.

Синдром Рубинштейна — Тейби

Указанный синдром, описанный в 1963 г., включает множество дефектов, из которых наиболее частыми являются *сочетания интеллектуальной недостаточности (олигофрении) различной степени выраженности с речевыми нарушениями, че-*

205

*репно-лицевыми и пальцевыми аномалиями, дефектами зрения, а у мальчиков, кроме того, с проявлениями полового недоразвития.* Всем детям, которых мы наблюдали, диагноз был поставлен с использованием генетических данных в возрасте до 2 лет.

Беременность протекала у этих матерей с нерезко выраженными осложнениями. Родители обследуемых детей считали себя здоровыми.

Все дети родились в срок, с нормальной массой тела (2990—3500 г) и ростом 49,5—52 см, без признаков асфиксии. С первых месяцев жизни у всех детей выявлено значительное отставание в развитии статических и моторных функций. Навыки ходьбы сформировались к 1,5—2 годам. Наблюдалась задержка доречевого развития: гуление было слабо выражено, отдельные лепетные звуки появлялись лишь после года. Характерна соматическая ослабленность детей в раннем возрасте: в первые месяцы жизни они плохо сосали, часто срыгивали, в дальнейшем долго не могли научиться жевать, пить из чашки. Значительно отставали по ростовесовым показателям от сверстников. Дети часто болели респираторными заболеваниями, наблюдались задержки психомоторного развития и рахит.

Особое внимание обращает на себя *позднее развитие речи:* дети долго не понимают, когда к ним обращаются (при нормальном слухе). Нередко наблюдаются и дефекты зрения.

*Для всех детей с синдромом Рубинштейна — Тейби характерны* уменьшенные размеры головы, высокий лоб, короткий, похожий на клюв вздернутый нос, что придает их лицу необычный вид, брови густые, низко расположенные, часто деформированы и асимметричные ушные раковины. Широкие пальцы рук и ног, уплощение ногтей в виде чашечек, отставание в росте. Все эти признаки помогают при выявлении других пораженных этой болезнью членов семьи.

Кроме того, у многих детей могут наблюдаться *косоглазие, снижение мышечного тонуса, нарушения равновесия и координации движений.* Интеллектуальная недостаточность разной степени выраженности. Конкретность и «тугость» мышления, нарушение внимания, памяти, умственной работоспособности. У многих детей плохо формируются пространственные представления.

При данном заболевании дети *отличаются* *благодушным, веселым нравом,* они чрезвычайно внушаемы, дружелюбны, на-

206

правлены на общение с окружающими. В то же время поведение их малоорганизовано, они не критичны, не могут правильно понять ситуацию. Многие из них, особенно мальчики, пугливы, несамостоятельны, и это при импульсивности и возбудимости. Дети с данным заболеванием чрезвычайно чувствительны к одобрению и

ласке со стороны взрослых. Это дает возможность родителям сформировать у них социально принятые нормы поведения.

Обучению эти дети поддаются с большим трудом даже по специальным программам. Наблюдения за ними в экспериментальной группе показывают, что это связано не только со степенью снижения интеллекта, но и с нарушениями эмоционально-волевой сферы речи, зрения, специфическими трудностями формирования даже элементарных пространственно-временных представлений.

*Если у ребенка обнаружен синдром Рубинштейна — Тейби*, вам следует в первую очередь обследовать у специалиста его зрение, состояние сердечно-сосудистой системы, проконсультировать ребенка у эндокринолога и ортопеда. Все дети с этим синдромом нуждаются в ранней помощи логопеда и педагога-дефектолога.

*На что в первую очередь родителям надо направить свои усилия?* На общеоздоровительные мероприятия, закаливающие ребенка, повышающие сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, сочетать медикаментозное лечение с лечебной физкультурой, направленной на развитие тонкой моторики, точности и координации движений, зрительно-моторной координации. Родителям следует развивать игровую деятельность и организовывать общение ребенка с окружающими, проводить специальные игры-упражнения по формированию пространственных представлений. Особо важное значение для детей данной категории имеют занятия по ручному труду, рисованию, лепке, конструированию. Поскольку дети с синдромом Рубинштейна — Тейби отличаются повышенной внушаемостью, доброжелательностью, стремятся заслужить похвалу взрослого, избежать неуспеха, то, предъявляя им посильные требования, показывая, терпеливо разъясняя, поощряя правильные формы поведения, можно сформировать у них привычку организованного поведения и добиться определенного продвижения в их умственном и речевом развитии.

207

#### Синдром Нунан

Данный синдром описан в 1963 г. К этому времени было уже выявлено 835 пациентов с врожденным пороком сердца, среди них была выделена группа больных, внешне удивительно похожих друг на друга. У них наблюдались своеобразные нарушения физического развития: низкий рост, нарушения в строении скелета, крыловидные шейные складки и другие признаки. Среди них были лица как мужского, так и женского пола.

Было установлено, что наиболее характерным признаком для этих больных является *сочетание врожденного порока сердца со своеобразными особенностями строения лица, головы, нарушениями умственного развития, эмоционально-волевой сферы, поведения и расстройствами речи.*

Большое разнообразие проявлений, разная степень выраженности различных признаков при синдроме Нунан затрудняют его диагностику и препятствуют определению истинной частоты синдрома в популяции. По данным литературы, частота синдрома по отношению к живорожденным новорожденным составляет 1:1000 — 1:2500, а случаи слабой его выраженности в общей популяции наблюдаются с частотой 1:100. Описаны *спорадические и семейные случаи* данного заболевания. Причины заболевания точно не установлены, однако имеет место четко установленный семейный характер заболевания. Описаны случаи синдрома Нунан в родственных браках, высказывается предположение, что заболевание чаще передается матерью, хотя в 9% случаев возможна передача заболевания отцами сыновьям. Имеются некоторые указания на первичную эндокринную недостаточность половых желез при синдроме Нунан, которую связывают с поражением гипоталамической системы мозга. " При синдроме Нунан дети обычно *рождаются в срок, с нормальной массой тела.* Однако в первые дни жизни отмечается значительная потеря веса за счет уменьшения отечности тканей, наблюдаемой при рождении.

*Внешний вид* детей достаточно характерен: укороченная шея с крыловидными складками, птоз (несколько опущенные веки), своеобразный разрез глаз и увеличение

расстояния между внутренними краями глазниц, толстые опущенные веки, низкая переносица с широким основанием, утолщенный кончик носа, вывернутые ноздри. Характерно расположение ушей—под углом с некоторым разворотом назад. У детей часто отмечается высо-

208

кое готическое нёбо, низкая линия роста волос на затылке, плоские стопы, округлые плечи, крыловидные лопатки, низко расположенные и широко расставленные соски и крыловидные складки в подмышечных областях.

Дети *отстают в психомоторном и особенно речевом развитии*. Часто наблюдаются стойкие нарушения звукопроизношения.

*Для данного синдрома характерны* отставание в росте, задержка темпа полового созревания. Кроме часто наблюдаемых врожденных пороков сердца, недоразвития половых органов у них нередко отмечаются дефекты зрения и различные хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и других органов.

*Трудности обучения* детей с синдромом Нунан связаны не только с интеллектуальными и речевыми расстройствами, но и с низкой умственной работоспособностью, нарушениями внимания, памяти, трудностями формирования пространственных представлений.

Некоторые дети отличаются *повышенной тормозимостью, пугливостью, малой общительностью*. Эти особенности поведения, а также склонность к фиксации страхов и их некоторая надуманность, склонность к негативным формам поведения напоминают психопатологические проявления при раннем детском аутизме (об этом заболевании речь пойдет далее).

*Обучаются эти дети в разных типах школ*: во вспомогательной, в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи, в школе для детей с задержкой психического развития. Но во всех случаях они требуют к себе индивидуального подхода, а иногда и индивидуального обучения.

...На приеме мать с ребенком 7 лет.

Она очень встревожена. Мальчику идти в школу, а он плохо говорит, заикается, не общается с детьми, всего боится, не умеет себя обслуживать, часто возбуждается, трясет руками.

*При беседе* выясняется, что Саша родился от второй беременности, первая закончилась выкидышем при сроке 6 недель. Беременность протекала с токсикозом в первой половине, после 4 мес. имела угроза выкидыша, мать до родов лежала в больнице на сохранении беременности. Роды наступили в срок, но у матери были очень слабые схватки, поэтому роды стимулировали медикаментозно. Ребенок родился с весом 3800, длиной 52 см, закричал сразу. В роддоме состояние было нормальным, выписан в срок. Однако уже с первых недель жизни малыша возникло много волнений и беспокойств. Ребенок плохо сосал, спал при кормлении, был очень

209

вялым. Несмотря на то, что он находился на грудном вскармливании, у него наблюдались длительные желудочно-кишечные расстройства. На первом году жизни выявились два свища (один — на переносице, второй — около уха). В 7 мес. мать отметила, что мальчик трясет руками и подолгу их рассматривает, слабо реагирует на окружающих, улыбается и смеется «сам себе». Головку Саша начал держать в 2 мес, но долго не мог сидеть из-за слабости мышц спины. Сидеть начал к году, стоять — после года, пошел в 1 год 3 мес. «перебежками», все рвался вперед, хотя часто не удерживал равновесия и падал на затылок. В ясельном и младшем дошкольном возрасте отличался моторной неловкостью, долго не мог ходить по лестнице, значительно отставал в развитии речи, появилось стойкое заикание. С раннего возраста у мальчика выявились страхи, боялся ям, улицы, резких звуков, машин. Предоставленный сам себе, раскачивался, тряс руками, плохо реагировал на окружающих. В дошкольном возрасте

также отмечались повторение одних и тех же фраз, движений, навязчивые игры, чередование периодов возбуждения, расторможенности с периодами вялости, апатии, безразличия. При врачебном осмотре обращает на себя внимание своеобразный внешний вид мальчика.

Мальчику был поставлен *диагноз « синдром Нунан »*, который был подтвержден при дальнейшем медико-генетическом консультировании. Для него была разработана *индивидуальная программа лечебно-коррекционной работы*. Матери были даны конкретные рекомендации по занятиям с ребенком. Ребенок был направлен в специальную школу для детей с нарушениями речи. Первый год мальчик занимался индивидуально, посещая лишь отдельные классные мероприятия. Со второго года обучения стал заниматься в классе, постепенно привыкая к общению со сверстниками. В настоящее время ребенок перешел в 5 класс. Его состояние улучшилось, хотя трудности в обучении и нарушения поведения остаются. Мальчик усвоил навыки самообслуживания, научился помогать матери по хозяйству, иногда даже может самостоятельно пойти в магазин за хлебом, молоком; выходит один гулять во двор, но предпочитает играть с детьми дошкольного возраста. Поведение мальчика стало спокойнее, страхи уменьшились. Несмотря на то, что Саша является инвалидом детства, в процессе лечебно-коррекционной работы и специального обучения удалось достичь некоторого положительного эффекта в его развитии: он научился читать, писать, считать, решать простые задачи. Несколько нормализовалось его поведение и улучшилась социальная адаптация. Это наблюдение показывает большие компенсаторные возможности детского мозга даже при таких тяжелых заболеваниях центральной нервной системы, к каким относится синдром Нунан.

*Если у ребенка поставлен диагноз «синдром Нунан»*, следует прежде всего тщательно обследовать состояние его здоровья, посетить кардиолога, эндокринолога и ортопеда. Ребенка обязательно должен наблюдать детский психиатр. Ро-

210

дителям следует не только стимулировать умственное развитие ребенка, но и развивать его моторику, ловкость и координацию движений, самостоятельность и уверенность в себе. Рекомендуется как можно раньше приучать малыша к общению с окружающими, способствовать контактам и играм с другими детьми. Знакомить с новыми предметами и явлениями окружающей действительности такого ребенка следует постепенно, так, чтобы они не вызвали у него страха. Полезно делать специальные упражнения по сенсорно-моторному развитию, г

Иногда приходится включать в занятия некоторые упражнения, которые предназначены для детей с аутизмом.

Синдром Вильямса («лицо эльфа»)

Наиболее типичными признаками этого заболевания считаются *сочетание умственной отсталости с врожденным пороком сердца* (надклапанным стенозом аорты) и *своеобразным строением лица*. Наиболее типичное строение лица больного с этим синдромом: широкий лоб, разлет бровей по средней линии, своеобразный разрез глаз с припухлостью век, опущенные вниз полные щеки, большой рот, полные губы, особенно нижняя, сходящееся косоглазие, звездчатая картина радужки, плоское переносье, своеобразная форма носа с закругленным тупым концом, маленький, несколько заостренный подбородок. Ни один из этих внешних признаков не является постоянным, но их сочетание определяет своеобразие лица больных. Сходство лиц больных усиливает улыбка, которая еще более подчеркивает отечность век и своеобразие строения рта.

Характерным признаком считаются также редкие, удлиненные зубы, часто наблюдаются синеватые склеры и ярко-голубые радужки. Среди характерных признаков синдрома — позднее прорезывание зубов, повышенная подверженность их кариесу, нарушения прикуса и изменения складчатости слизистой оболочки щек.

С возрастом черты лица этих больных становятся более грубыми.

При данном синдроме наблюдаются *нарушения опорно-двигательного аппарата*. Дети отстают в росте и массе тела, особенно в раннем возрасте, в дальнейшем у многих из них развивается тучность. Обращают на себя внимание удлинненная шея,

211

узкая грудная клетка, низкая талия, X-образные ноги. Довольно часто встречается плоскостопие, иногда косолапость, типична повышенная разгибаемость суставов.

Дети с этим синдромом *в первые два года жизни* отличаются общей соматической ослабленностью, у них снижен аппетит, упорные рвоты, повышенная жажда, запоры, сменяющиеся поносами, общее беспокойство. Это нередко сочетается с обменными нарушениями — повышением уровня кальция в сыворотке крови и уровня холестерина. *К началу третьего года* жизни соматическое состояние детей обычно заметно улучшается и более отчетливо выявляется отставание в психомоторном развитии.

Несмотря на то что дети отстают в развитии, их адекватное поведение, направленность на общение со взрослым, подражательность и эмоциональность дают основание для более оптимистичной оценки их психического развития, что, к сожалению, в дальнейшем не оправдывается.

*В своем большинстве* эти дети являются *умственно отсталыми*, у них отмечается выраженное недоразвитие абстрактного мышления, крайне большие сложности они испытывают при овладении счетными операциями, деятельность их часто беспорядочна, нецеленаправленна.

Синдром Корнелии де Ланге

*Если у ребенка поставлен диагноз «синдром Корнелии де Ланге»*, вам следует прежде всего хорошо обследовать малыша у педиатра и детского нефролога (специалиста по заболеваниям почек), обязательно следует показать ребенка и ортопеду. Воспитывая такого ребенка в семье, следует быть чрезмерно терпеливыми, так как сложности в воспитании возникают в связи не только с интеллектуальной недостаточностью малыша, но и с нарушениями поведения. С раннего возраста эти дети нуждаются в укреплении их общего физического здоровья, в проведении лечебной физкультуры и массажа, в ранней работе с дефект-тологом.

Необходимо также организовывать их деятельность, развивать внимание и учить общаться с окружающими.

*Особое внимание* следует уделить *развитию речи* этих детей. В некоторых случаях, когда развитие речи вызывает очень большие трудности, имейте в виду, что у ребенка возможно нарушение слуха.

212

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, 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, 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, т. е. 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 раз-

вития 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 бы 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 шага. 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) при-

213

водит 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 эхоталитичны, т. е. 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 на них могут находить 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 долгого 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.

214

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*.

Дети с синдромом Ретта отличаются *общей соматической ослабленностью*, для них характерна 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 вилкой, 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 посте-

215

пенно 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 и привлекать к работе по дому, терпеливо развивать у него ручную умелость. Прежде всего его нужно

216

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, речи и истории ребенка. Детей должен также наблюдать врач-психиатр, который назначает медикаментозное лечение.

Материнская любовь как и все другие виды любви, нуждается в подкреплении. Матери обычных детей получают удовольствие от наблюдения за развитием своего малыша день за днем. Если ребенка кормят грудью, то он реагирует на сосок энергичным сосанием. Позднее улыбка матери приносит ей ответную улыбку малыша. Он отвечает на ласку и теплоту матери, начинает отвечать на ее голос, произносить членораздельные слова. Таким образом устанавливается эмоциональный контакт. Если ребенок сильно отстает в развитии, он будет очень замедлен в своих реакциях и мать будет уставать от собственных усилий вступить с ним в контакт. Она может начать сомневаться в правильности своих действий по обучению ребенка речи, навыкам самообслуживания, умению самостоятельно есть, навыкам опрятности. Секрет достижения успехов в развитии малыша с ограниченными возможностями - терпение. К счастью, большинство матерей обладают этим качеством в полной мере. Именно поэтому большинство отстающих в развитии детей достигают гораздо лучших результатов, когда их воспитывают в семье, а не в учреждении. Если родители продолжают свои попытки учить ребенка, так как если бы он был намного младше своего действительного возраста, результат будет обязательно положительным. Очень большое значение имеет отношение матери к успеху-неуспеху ребенка. Во-первых, ребенка следует подбадривать улыбкой или словом, если он успешен, и не делать этого, если он неуспешен. Во-вторых, сильным отрицательным подкреплением является уже то, что ребенок оказывается мокрым или грязным, например, при не успешности в приобретении навыков опрятности. В дальнейшем ребенок постепенно усво-

217

ит принятые в конкретной культуре социальные табу, что существенно для его социальной адаптации.

Вопросы и задания

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?
6. Какие более редкие формы умственной отсталости вы знаете? Какую помощь можно оказать этим детям?

7. В каких особенностях семейного воспитания нуждаются дети с синдромом Дауна?

218

## ГЛАВА 8

Ребенок с нарушением зрения в семье

Нарушения зрительных функций на первом году жизни

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 новорожденное я косоглазие резко выражено и держится постоянно — это патологический симптом.

220

Даже не резко 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, следует 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 отмечать асимметрию глазных щелей, связанную с гемиптозией 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 взора вверх*. Непостоянные и нерезко выраженные, эти симптомы могут быть у недоношенных новорожденных первых дней жизни. Позднее они могут иметь место при гидроцефалии — повышении внутреннего 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 каче-

221

ственно 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 глазодвигателей 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.

222

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 нис-

223

тагм {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), т. е. 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 *содру-*

224

*жественного 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.

225

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 двигательных-кинестетических ощущений, речи, памяти, т. е. 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 необходим 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.

Позиция родителей детей с нарушенным зрением

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, со-

226

вместный 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, осязаемее. 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 (СМ. Хорош, 1991г.).

*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.

227

*Неадекватность* родительской позиции определяется тем, что ребенок воспринимается 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 и старается отдать его на воспитание родственникам или другим лицам.

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 нарушения 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. - :\_- \_

228

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.

Помощь специалистов родителям

Помочь родителям создать в семье климат, способствующий 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.

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.

229

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 про-

извольную 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, лишенное 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.

<sup>М</sup> Л-Л.

230

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, осязая руками различные предметы, а также вдоль стены, спускаться и подниматься по лестнице.

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

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

При воспитании слепого ребенка очень важно научить его использовать слух, осязание рук и ног, а также остаточное зрение в восприятии окружающего мира и развитии 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 вели-

231

чины, объема и окраски, использование рельефных картинок и специальных наборов игрушек для тактильного опознавания. *Родителей слепого ребенка специалисты научат:*

— как 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 может 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*.

Родителям нужно рассказывать ребенку о том, что находится и происходит вокруг него. Следует наводить ребенка

232

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: налейте в одну банку горячую воду, а в другую холодную воду и дайте 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, можно сказать: «Моя рука большая, а твоя маленькая». Ребенок, проводя своей рукой по вашей, почувствует разницу. Покажите ему стул и детский стульчик, большую кровать и маленькую. Не надо забывать и о *тренировке обоняния*. Знакомьте ребенка с сильно пахнущими предметами. Проходя мимо булочной, аптеки, парикмахерской, говорите о них ребенку. Это поможет ему в дальнейшем ориентироваться в пространстве.

233

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

Особо важное значение имеет правильное воспитание ребенка с глазной патологией.

Общие стратегии нормализации жизни семьи

◆ Не замыкайтесь в своем горе. Попытайтесь найти опору в родителях других детей с особенностями в развитии. Вы поймете, что не одиноки в своем несчастье. Опыт других семей позволит быстрее преодолеть негативные эмоции, даст надежду на будущее.

Не скрывайте ничего от близких. Держите их в курсе проблем вашего ребенка.

◆◆ Находите и изучайте информацию о возможностях обучения и воспитания вашего ребенка.

◆ Ищите подходящие образовательные учреждения. Будьте реалистами, но не пессимистами.

Ф Научитесь справляться со своими чувствами.

\*•\* Не забывайте о себе, своих увлечениях и пристрастиях.

◆ Помогайте другим людям с аналогичными проблемами, почувствуйте себя сильными.

••\* Не пренебрегайте обычными повседневными обязанностями, но не давайте им себя захлестнуть.

\*•\* Не забывайте, что это ваш ребенок, и вы ему нужны здоровые и счастливые.

◆◆ Находите возможности для собственного развития, а также развития и совершенствования нравственного и профессионального других членов семьи.

◆\* опального других членов семьи.

Некоторые стратегии воспитания и обучения слепого ребенка

Одной из основных форм общения с маленьким ребенком, имеющим тяжелые дефекты зрения, является *тесный физический контакт*. Следует чаще брать малыша на руки, его ручка-

234

ми 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 эмоциональные привязанности. Особое

значение имеет развитие моторики, ручных игровых действий со звучащими игрушками, используя специальные приемы воспитания слепых детей раннего возраста.

Родителям необходимо *набраться терпения и не спешить*.

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

*При обучении опирайтесь на сохранные органы чувств*, остаточное зрение, включайте речь. Объясняйте все детально и научите 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 действия 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 получить радость от сознания, что он сделал что-то сам.

*Обучение слепых детей несовместимо со 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.

Старайтесь не менять часто обстановку, особенно в комнате ребенка, пока у него не выработались двигательные стереотипы ориентировки в данном помещении. Это поможет ему преодолеть боязнь пространства.

Помогайте ребенку налаживать контакты с окружающими, стараясь преодолеть крайности его поведения: повышенную стеснительность либо назойливость ребенка.

235

*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. *Особенностями психической деятельности* являются: вязкость, обстоятельность, склонность к детализации, инертность психических процессов, замедленность и повышенная истощаемость. В то же время отмечается *высокий уровень развития вербальной памяти* и неплохая «вра-батываемость», 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.

Некоторые особенности эмоционального развития ребенка с нарушением зрения

Многими исследованиями показано, что созревание эмоциональной сферы тесно связано с позитивными отношениями «мать-

236

ребенок », которые формируются в первые месяцы и годы жизни. Одной из причин неадекватного эмоционального развития ребенка с нарушениями зрения могут быть причины *недостаточного взаимодействия «мать-ребенок» в раннем возрасте*, а также недостаточно правильное его воспитание в детских учреждениях, с дефицитом эмоционально-положительного общения со взрослым, в частности тактильного, в котором он особенно нуждается. Это может быть одной из причин своеобразного снижения интеллектуальной активности у детей с нарушением зрения. В настоящее время это подтверждено многими авторами.

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 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 и в местах отдыха и 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 деп-рессивности, 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. Ма-

237

лоподвижность, 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.

Особенности интеллектуального развития

*Нарушения зрения и умственная отсталость.*

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 тяжёлые позавиды хрусталика и это все еще может иногда происходить и теперь с очень маленькими хрупкими детьми. Однако, теперь эта опасность хорошо известна и давление кислорода в кувезах, или инкубаторах 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 под-

238

вергаются 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 г.). 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 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. Пред-

239

полагается, 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 же 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. *Особенностями умственного развития* детей с выраженными дефектами зрения является ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний; при достаточном формальном словарном запасе нередко может наблюдаться недостаточная предметная соотнесенность слов. На предупреждение снижения результативности умственной деятельности детей с тяжелыми дефектами зрения влияет позиция родителей, их активная повседневная помощь 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.

240

Работа специалистов детского сада с родителями

*Основными направлениями* в работе педагогов детского сада с семьей детей с нарушениями зрения 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 методам обучения 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.

Вопросы и задания

1. Какие нарушения зрительной функции можно выявить у ребенка первого года жизни?

2. Назовите особенности эмоционального развития ребенка с нарушением зрения.

241

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?

242

## ГЛАВА 9

### Ребенок

#### с нарушением

#### слуха

#### в семье

#### Причины нарушения слуха

Нарушение слуха той или иной степени выраженности нередко встречается у детей разного возраста. Даже незначительное нарушение слуха в раннем возрасте отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. При тяжелой тугоухости и глухоте без специального обучения ребенок не в состоянии овладеть речью. Это происходит потому, что он не слышит своего голоса и речи окружающих и поэтому не может ей подражать. Резкое недоразвитие речи или ее отсутствие затрудняет контакт неслышащего ребенка с окружающим миром, нарушает развитие познавательной деятельности и личности ребенка.

В 30—50 % случаев глухота и выраженная тугоухость обусловлена *генетическими факторами*. Некоторые наследственно обусловленные дефекты слуха являются прогрессирующими. Иногда они сочетаются с другими дефектами: нарушениями зрения, интеллекта, заболеванием почек, костно-мышечной системы, кожи и другими расстройствами.

Нарушения слуха могут возникать и под влиянием различных неблагоприятных факторов, действующих внутриутробно, в момент родов или после рождения ребенка. Среди причин, повреждающих слуховую систему плода, наибольшее значение имеют *внутриутробные инфекции*, особенно краснуха, перенесенная матерью в первом триместре беременности, а также такие заболевания, как корь, грипп, врожденный сифилис, ток-соплазмоз, цитомегалия и др.

Важную роль в возникновении нарушений слуха играет *ядерная желтуха новорожденных*, обусловленная конфликтом матери и ребенка по *резус-фактору* или *групповой принадлежности крови*. Считается, что слуховые нервы особенно чувствительны к билирубиновой интоксикации, которая возникает при ядерной желтухе новорожденных.

Доказано повышение частоты нарушений слуха у *недоношенных детей*. Эта частота особенно возрастает при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору и по групповой несовместимости крови, а при наличии дефектов слуха в родословной у этих детей — при сочетании недоношенности с различными врожденными пороками развития нервной системы и других органов. Нарушения слуха могут наблюдаться при *алкоголизме матери*.

244

После рождения дефекты слуха могут возникать в связи с различными *инфекционными заболеваниями*: респираторными заболеваниями, гриппом, корью, скарлатиной, эпидемическим паротитом (свинкой), осложняющимися воспалением среднего уха или вызывающими явления токсического неврита слуховых нервов. Острые, подострые, рецидивирующие отиты также являются частой причиной нарушения слуха. Приобретенная глухота и тугоухость могут быть также следствием менингитов и менингоэнцефалитов.

Нарушения слуха могут возникать и в связи с *применением антибиотиков* так называемого ототоксического действия. К ним относятся антибиотики из группы аминогликозидов: стрептомицин, гентамицин, неомицин, мономицин и др. Эти антибиотики обладают способностью проникать в жидкости внутреннего уха. Имеются данные о возможности возникновения врожденных дефектов слуха при *лечении матери во время беременности антибиотиками* и сульфаниламидными препаратами. В частности, показана возможность стрептомицина проникать через плаценту и вызывать дегенеративные изменения в органе слуха.

Токсическое воздействие антибиотиков и сульфаниламидных препаратов на орган слуха наиболее отчетливо проявляется при *наследственной отягощенности и недоношенности*.

Наследственно обусловленные нарушения слуха часто проявляются в виде *сложных дефектов, включающих разнообразную патологию органов и систем организма*. Так, они могут сочетаться с дефектами формирования ушной раковины, различными пороками развития и заболеваниями органа зрения, с дефектами в развитии скелета и болезнями соединительной ткани, с болезнями почек, сердечно-сосудистой системы, с кожными заболеваниями.

Эти данные определяют *необходимость всестороннего обследования* детей с врожденными дефектами слуха.

Особенности реакции 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 реф-*

245

*леке 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 выраженность голосовых реакций у детей с нарушениями слуха может не отличаться от таковых у слышащих детей. У них также может отмечаться достаточная звонкость голоса при гулении, плаче и смехе.

Однако *постепенно с возрастом число голосовых реакций сокращается*, звуки становятся более однообразными и затем пропадают совсем. Иногда могут отмечаться элементы лепета, но разнообразный слоговой лепет с самоподражанием и подражанием звукам взрослого не возникает. *К концу второго полугодия* жизни более отчетливо выявляется отсутствие реакции на обращенную речь, ребенок не выполняет ситуативных команд.

Нормально слышащий ребенок в возрасте 9—10 месяцев, бросив игрушку и услышав звук удара ее об пол, повернется и постарается увидеть, куда она упала. Ребенок же с нарушениями слуха будет следить за падающей игрушкой до тех пор, пока она находится в его поле зрения, и не обратит внимания на удар игрушки об пол.

В первые годы жизни у ребенка с дефектом слуха могут проявляться на звуковые стимулы однократные реакции или непостоянные. Но при глухоте постепенно их число сокращается. Это приводит к тому, что многие родители долго не могут понять, слышит ли их ребенок. Однако на голос обычной громкости глухие дети не реагируют.

Для детей с нарушениями слуха характерно *нарушение формирования зрительно-слуховой ориентации* в пространстве, отсутствие возможности локализации звука, они не поворачивают глаза и голову в сторону звука, не идут по направлению к звуку.

#### Особенности 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.

#### 246

*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 нарушений 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 пресыщенность игровой деятельностью, 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, они 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 проявляется двигательная расторможенность, нарушения функции активного внимания, что затрудняет проведение с ними специальной сурдологической работы. Эта категория детей должна обязательно консультироваться с психоневрологом и получать соответствующее лечение.

#### 247

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.

Особенно резко выражены нарушения поведения у оглохших детей.

В первое время после потери слуха поведение ребенка резко меняется. Одни дети становятся двигательными 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 консультации 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

Многими исследованиями показано, что основной *причиной* задержанного развития интеллекта 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 развития может приводить и менее выраженная тугоухость. При этом степень и характер отставания речевого развития зависят не только от степени сни-

248

жения слуха, но и от *времени возникновения слухового дефекта*. Глухота, возникшая в период, когда у детей речь еще не сформировалась, приводит к выраженному ее недоразвитию — глухонемоте. 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). Особенно характерно *своеобразие голоса и интонаций*: приглушенность, хриплость, неестественные модуляции.

*Особенностями речевого поведения* тугоухих является повышенное внимание к жестике и мимике говорящего собеседника или учителя в связи со стремлением «считывать с губ» говорящего, а также замена речи или сопровождение ее обильной жестикой 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 могут иметь 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 описывали 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. Своеобразную 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.

249

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.

Дополнительные нарушения

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

При умственной отсталости в сочетании с нарушениями слуха нередко 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 дефекта*. При этом следует учесть ряд *дифференциально-диагностических критериев*:

♦ *Наличие дисплазий*, которые характеризуются специфическими особенностями, как при олигофрении, так и при нарушениях слуха. При дефектах слуха нередко отмечаются различные аномалии развития ушных раковин; при сочетании этих дефектов с олигофренией 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 изоли-

250

рованных нарушениях 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.

Подходы и методы коррекционного воспитания

Дети с нарушениями слуха нуждаются в особом подходе и методах воспитания. Для нормального 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. Часто 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. При этом основное внимание обращается на *обучение родителей* воспитанию ребенка с нарушениями слуха.

Для эффективной помощи родителям, воспитывающим ребенка с нарушениями слуха, создаются специальные консультативно-диагностические группы при медицинских учреждениях и при специальных детских садах.

251

В комплексе реабилитационных мероприятий детей с нарушениями слуха важное значение имеет *раннее* слухопротезирование. С этой целью разрабатываются электрофизиологические корреляты оптимального *слухопротезирования*. В связи с чем каждый ребенок с нарушениями слуха нуждается в ранней электроакустической диагностике и коррекции.

В особом педагогическом подходе нуждаются дети, у которых дефекты слуха сочетаются с интеллектуальными, двигательными и эмоционально-поведенческими нарушениями.

Семейное воспитание

Задачи и содержание семейного воспитания глухих и слабослышащих детей зависят от возраста. С ростом и развитием ребенка педагогические приемы усложняются, появляются новые направления педагогических воздействий. При активной помощи специалистов растет опыт и педагогическая культура родителей ребенка, что помогает им в воспитании ребенка.

Несмотря на индивидуальные различия детей у родителей имеются такие *общие задачи воспитания*: 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 с использованием остаточного слуха, а также формирование коммуникативных умений необходимо начинать с самого раннего возраста. Поэтому так велика роль родителей в этом процессе. Они создают разнообразные ситуации, позволяющие расширять сло-варный запас и развивать разговорную речь ребенка, закреплять понятия, совершенствовать произносительные и слуховые навыки. Такая работа становится необходимым условием семейного воспитания неслышащего ребенка.

252

*Положительный пример родителей* способствует овладению неслышащим 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 неслышащего ребенка. Родители формируют у детей навыки самообслуживания, положительное отношение к учебе, готовя детей к участию в бытовом и общественно-полезном труде.

В общении и различных видах совместной деятельности родители расширяют кругозор неслышащего ребенка, развивают в нем интерес к знаниям, потребность в чтении. В этих целях родители используют и совместно проведенное время досуга.

*Семейное воспитание* неслышащего ребенка 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 дефектами слуха очень большое значение имеет *правильное семейное воспитание*. 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* и режим его работы — необходимое условие для успешного начала работы с ребенком.

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.

253

Родителям следует объяснять, что глухим и слабослышащим детям, имеющим значительное снижение слуха, требуется *продолжительное (год) 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 избалованны, 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.

Лучше советчика, чем сами родители, у которых растет малыш с дефектом слуха, нет. Поэтому родителям следует прислушиваться к авторам книги «Человек не слышит» В. и З. Крайниным: «Родные и близкие маленького ребенка! Помните: *чем раньше обнаружена глухота, чем раньше начато обучение, тем больше шансов на успех!* Учить маленького глухого надо всеми доступными средствами восприятия и воспроизведения речи — от применения слуховых аппаратов до чтения с губ говорящего, дактилирования, жестовой речи. Хорошо, если такое обучение начато до двух лет, еще лучше — если до года.

Неслышащие, знайте: в преодолении глухоты многое зависит от вас самих, вашей воли и упорства. Научитесь любить книгу, получать удовольствие от чтения газет и журналов. Не скрывайте свой недуг, пользуйтесь всеми возможными способами восприятия речи.

. Слышащие! Будьте терпеливы при общении с глухими. Повторяйте слова или фразы до тех пор, пока не станет ясно — они поняты.

*Глухота — прежде всего потеря значительной части информации и связанное с этим одиночество.* От нашего с вами отношения к глухим, от уважения к ним и стремления оказать посильную помощь в значительной мере зависит устранение дефицита информации и трагедии одиночества.

*Никогда не забывайте этого!»*

Заниматься с совсем маленьким ребенком с нарушениями слуха в семье надо так же, как все родители занимаются со сво-

ими детьми, но еще более внимательно следить за каждым проявлением психической жизни. Взрослые чаще должны брать ребенка на руки, подносить к предметам, заинтересовавшим его, давать ему возможность их исследовать, ощупать. Не следует надолго оставлять ребенка в манеже одного, однако как можно раньше следует приучать его к самостоятельности.

Детей, которые никогда не были в специальных детских учреждениях, рекомендуется через некоторое время отдавать в массовые детские сады. В массовом детском саду или группе при нем ребенок получит доступ в необходимую для него среду сверстников, постепенно приобретет опыт общения с ними.

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.

Общие закономерности развития при дефектах сенсорной сферы

При *небольшом дефекте слуха* — тугоухости — существует возможность самостоятельного овладения речью. Полное же «выпадение» слуха при отсутствии специального обучения приводит, как правило, к отсутствию речи, что нарушает интеллектуальное и эмоциональное развитие ребенка. При *слабовидении* зрительное восприятие ограничено, но несмотря на замедленность, нечеткость и узость обзора, недостаточную четкость и яркость, нередко искаженность предметов, сохраняются потенциальные возможности нервно-психического развития. Для полной слепоты характерны сложные вторичные и третичные нарушения психических процессов и эмоциональной сферы.

У *глухих детей* из-за речевых нарушений, а у слепых из-за отсутствия зрительного контакта задерживается развитие навыков общения, обеспечивающих совместную деятельность с предметами. При *обоих видах сенсорного дефекта* нарушается формирование предметных представлений. Нарушение развития эмоциональной сферы у слепого ребенка связано с ограничением либо невозможностью восприятия взгляда, жеста, мимики, у глухих детей — с отсутствием воздействия речи взрослого человека, ее эмоционального тона. Очевидно, что оба вида нарушения требуют соответствующей коррекции.

Сравнение разных видов аномалий развития при патологии сенсорной сферы как друг с другом, так и с нормой позволило сформулировать ряд *общих закономерностей*. Во-первых, это *недоразвитие способностей к приему, переработке и хранению информации*. Естественно, что в наибольшей степени нарушается усвоение той информации, которая адресована пораженному анализатору. Во-вторых, это *недостаточность словесного опосредования*. Вследствие этого наблюдается тенденция к определенному замедлению темпа развития мышления — процессов обобщения и отвлечения.

Наряду с вторичными отрицательными симптомами имеются и *симптомы компенсаторные*, возникающие в результате приспособления больного ребенка к требованиям среды. В зависимости от характера сенсорного дефекта возникают различного рода *функциональные перестройки*, в основе которых лежат мобилизация резервных возможностей центральной нервной системы и высокая пластичность в формировании высших корковых функций, совершенствующиеся в процессе обучения.

*Общим для недостаточности сенсорной сферы, а часто и других аномалий является определенная специфика аномального развития личности, наблюдаемого в неблагоприятных условиях воспитания и при неадекватной педагогической коррекции. Причинами патологического формирования личности дефицитарного типа (с дефектами сенсорной и моторной сферы, а также инвалидизирующими соматическими заболеваниями) считаются как реакция личности на хроническую психотравмирующую ситуацию, обусловленную осознанием своей несостоятельности, так и ограничение возможностей контактов вследствие сенсорной, моторной либо соматической депривации.*

\* - - \* ■ -

256

*Клинико-психологическая структура развития личности у детей с дефектами зрения и слуха включает ряд общих признаков. К ним относятся пониженный фон настроения, астенические черты (нередко с явлениями ипохондричности), тенденции к аутизации (следствие как объективных затруднений контактов, связанных с основным дефектом, так и гиперкомпенсаторного ухода во внутренний мир, нередко в мир фантазий). Стремление к аутизации, а также формирование невротических, иногда истериформных свойств личности нередко усугубляются неправильным воспитанием ребенка — гиперопекой, инфанти-лизирующей его личность и больше тормозящей формирование социальных установок.*

Среди коррекционных мероприятий большое место принадлежит стимуляции развития остаточного слуха и зрения. Принцип коррекции — опора на сохранные функции, наиболее отстающие от дефектов. Так, при нарушениях слуха формирования восприятия речи используются зрительный, двигательный и тактильный анализаторы. Зрительный анализатор используется для чтения с губ. Для выработки представлений у слепых компенсация идет по пути сочетания слухового восприятия с контактным тактильным осязанием, опирающимся на вибрационную, кожную, температурную чувствительность. *При нарушениях зрения* возможно действие на дефект «сверху вниз», т. е. путь интеллектуализации и вербализации сенсорного опыта. Процесс речевого общения со взрослым позволяет слепому ребенку быстрее овладеть предметным опытом.

Применяя положение о *необходимости наибольшей опоры на те сохранные функции*, которые находятся в сензитивном периоде, в ранней коррекции слепых детей, *на первом этапе* компенсации опираются на двигательно-кинестический анализатор, *на втором* — на речь, интенсивно развивающуюся в этот период.

Вопросы и задания

1. Назовите возможные пути воспитания и обучения ребенка с нарушением слуха.
2. Кто принимает окончательное решение о воспитании ребенка с нарушением слуха дома?
3. В каком возрасте необходимо начинать обучение ребенка, если нарушение слуха было обнаружено до года?

257

4. С чего нужно начинать работу с ребенком, имеющим нарушение слуха?
5. Нужно ли использовать слуховой аппарат, если ребенку нет еще одного года?
6. Как мать (близкие родственники) должны обращаться с ребенком с нарушенным слухом?
7. Какое значение имеет незначительное снижение слуха у ребенка раннего возраста?
8. Какой ребенок не в состоянии овладеть речью без специального обучения?
9. Какие причины могут вызвать врожденную глухоту и тугоухость?
10. Назовите общие закономерности развития при нарушениях сенсорной сферы.

258

ГЛАВА 10

Ребенок

с нарушением  
коммуникативного  
поведения в семье

#### Развитие общения в раннем возрасте

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 понимание — 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 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 началь-

260

ного 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 раннего 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 защищено. 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 при заболевании малыша 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

261

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 раннего детского аутизма (РДА). Эти нарушения еще более усугубляются при наличии указанных выше расстройств.

Аутизм

Согласно МКБ-10, аутизм — это своеобразное нарушение психологического развития, которое обычно проявляется в первые 30 мес. жизни. Аутизм впервые описан Лео Канне-ром в 1943 г. Основным признаком аутизма является нарушение контакта ребенка с окружающим миром, и прежде всего с людьми (Приложение I). 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 ребе-

262

нок 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 детей с аутизмом. 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

окужающих и по радио. Особенностью речи детей с аутизмом 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 любимые ими 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, а также в результате эмоциональной депривации в раннем детстве. Но во всех случаях наблюдается наследственная предрасположенность к подобному своеобразию психического развития. Имеются данные, что аутизм чаще развивается у мальчиков, чем у девочек.

Аутизм встречается в 5 случаях на 10 000 живых новорожденных. Аутистические черты поведения могут наблюдаться у

263

многих детей с отклонениями в развитии: при некоторых наследственно обусловленных формах умственной отсталости, например, при фенилкетонурии, при детском церебральном параличе, у детей с дефектами зрения — слепых и слабовидящих, а также при некоторых других нервно-психических заболеваниях. Около 1/3 детей с аутизмом имеют различные неврологические отклонения.

В большинстве случаев *риск рождения второго больного ребенка* невелик, особенно если в родословной по обеим линиям исключается диагноз шизофрении. Однако известны случаи, когда в семье рождались двое детей с аутизмом, описаны случаи аутизма у однойцевых близнецов.

В последние годы 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. Поэтому во всех случаях аутизма показано цитогенетическое исследование.

Для более эффективной помощи больным 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. 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.

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.

Приведем наше 8-летнее наблюдение за ребенком с синдромом раннего детского аутизма.

*На приеме* бабушка с маленьким внуком Сережей, которому 2 года 8 мес. Бабушку волнует, что ребенок неконтактный, плохо говорит, возбужден, плохо спит, испытывает страхи, не играет в игрушки. На прием к детскому психиатру бабушку с внуком направил

детский невропатолог, который наблюдал ребенка с первых месяцев жизни по поводу родо-

264

вой травмы и подозрения на детский церебральный паралич. Из беседы с бабушкой выясняется, что мальчик родился в срок, от здоровых родителей. Родители не хотели детей. Беременность у матери первая, нежеланная. Протекала беременность нормально, хотя у матери отрицательный резус, но титр антител в крови матери на протяжении всей беременности был нормальным. Роды затяжные, со стимуляцией, родился с гематомой на голове. Закричал через 1—2 мин. Масса тела при рождении — 4 500 г, длина — 50 см. Ребенок к груди приложен на пятые сутки, сосал вяло. Мальчик рос ослабленным, много болел, однократно на фоне высокой температуры отмечались судороги. Пошел ребенок в год, предпочитал стоять на носках и бегать на цыпочках, в связи с чем у ребенка подозревали детский церебральный паралич. Первые слова появились с 1,5 лет. К 2 годам говорил фразы, читал стихи. С 2,5 лет стала ухудшаться речь, перестал общаться с окружающими, в одиночестве играл в однообразные игры, подолгу крутил и рассматривал веревочки, шнурки, при этом улыбался «сам себе», произносил какие-то нечленораздельные звуки. С этого же времени стал очень раздражительным, беспокойным, почти все время находился в движении, в игрушки не играл, при обращении к нему возбуждался еще больше, кричал, бесцельно хватал разные предметы, бросал их. Перестал проситься в туалет, стал неопрятен; появились страхи громких звуков; боялся воды, особенно душа. Ребенок был осмотрен детским дефектологом. В процессе длительных систематических занятий состояние Сережи несколько улучшилось, под контролем педагога-дефектолога он начал выполнять простые задания, с удовольствием рисовал, раскрашивал картинки, стал опрятнее и несколько спокойнее. Однако предоставленный сам себе, он бегал, суетился или однообразно повторял одни и те же движения и действия, иногда нашептывал или выкрикивал лишние определенного смысла слова или звуки. Общее отставание в психическом развитии стало более выраженным. Мальчика удалось устроить в специальный детский сад для детей с ранним органическим поражением центральной нервной системы. К детсаду он привыкал трудно, временами его поведение резко ухудшалось, не раз возникал вопрос об определении его в детскую психиатрическую больницу. Однако систематическое лечение и продолжающаяся индивидуальная коррекционная психолого-педагогическая работа с мальчиком и большое самоотверженное участие бабушки в воспитании внука позволили несколько улучшить состояние ребенка, и он продолжал до школы оставаться в специализированном детском саду. В детском саду мальчик значительно продвинулся в умственном развитии, однако у него оставались нарушения в эмоционально-волевой сфере и общая разлаженность поведения. Временами наблюдалась нецеленаправленная двига-

265

тельная активность, он начинал бегать, подпрыгивать на месте, хлопать в ладоши, выкрикивать отдельные слова. Это особенно усиливалось при утомлении. Мальчик оставался малоcontactным, не смотрел в лицо собеседника, не отвечал на вопросы. Отмечались нарушения общей и особенно мелкой моторики. К началу обучения в школе он усвоил буквы, счет до 10. Однако испытывал затруднения в простых счетных операциях. Нарушения речи оставались выраженными, мальчик не мог составить рассказ даже по простой сюжетной картинке. Многие звуки произносил искаженно, голос высокий, интонационно маловыразительный. В период возбуждения проявлялась патологическая склонность к произнесению бранных слов. Отмечалось нарушение внимания и целенаправленной деятельности. Кор-рекционная работа с мальчиком продолжалась, и в 8 лет он был определен в специальную школу для детей с задержкой психического развития. Программу усваивал, понемногу начинал контактировать с детьми, поведение постепенно улучшилось.

Это наблюдение показывает, что и при таком тяжелом нарушении психического развития, каким является детский аутизм, ранняя и систематическая лечебно-психолого-педагогическая коррекционная работа может способствовать улучшению социальной адаптации детей.

При воспитании ребенка с ранним детским аутизмом родителям *не следует принуждать ребенка к выполнению тех или иных действий*. Чем упорнее родители настаивают на своих требованиях, тем большее сопротивление им оказывает 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 прежде всего 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 в 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 испугавшись раз, они будут избегать процедуры купания.

266

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, вам нужно быть рядом с ним. Но только не отвлекайте его внимание игрушками. Следите, чтобы малыш не сидел долго на горшке (не более 5 мин), не играл на нем в игрушки.

Горшок, который предлагается ребенку, должен быть удобным, желательно с мягким стульчиком. Старайтесь, чтобы горшок находился в строго определенном месте, стимулируйте ребенка, чтобы он сам шел к нему и садился на горшок. Мальчиков как можно раньше обучайте 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, не ругайте его. Будьте терпеливы и спокойны, когда меняете его одежду, но не прекращайте 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 пугать 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 вкус-

267

но!» едят эту пищу. Постепенно и у ребенка появится любопытство, и он осторожно попробует ее.

Следите за тем, 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 аутично-го ребенка очень полезно, если в доме есть какие-либо животные: кошка, собака, черепаха, птицы, рыбки. Ребенка следует научить заботиться о них.

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 семье может помочь психолог, педагог-де-фектолог. В большинстве случаев воспитание и обучение ребенка необходимо *сочетать со специальным медикаментозным лечением*.

#### Нарушения коммуникативного поведения у детей при аутизме

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.

*Наиболее важной коммуникативной функцией является просьба*, которая может быть выражена как вербально, так и невербально (жестами, взглядом, прикосновением). Высказываются предположения, что людям, страдающим аутизмом, трудно понимать эмоции, намерения и мысли других людей. Они являются как бы социально слепыми, поэтому может возникнуть впечатление, что они эгоцентричны и не считаются с окружающими. Однако это связано не с эмоциональным эгоизмом, а в большей степени с негибкостью их познавательной деятельности. В настоящее время зарубежные авторы выделяют несколько *социальных подгрупп лиц, страдающих аутизмом*. Они также отмечают, что социальные характеристики этих лиц могут меняться. Данные

268

*о развитии социального взаимодействия у детей при аутизме* отражены в таблице.

Таблица развития взаимодействия при аутизме у детей от 6 до 60 месяцев\*

Возраст в месяцах	Социальное взаимодействие
6 месяцев	Менее активен и требователен, чем нормально развивающийся ребенок. Слабый зрительный контакт. Нет ответных социальных проявлений
8 месяцев	Ребенка трудно успокоить, если он огорчен. Около 1/3 детей любят внимание, но мало выражают интерес к другим
12 месяцев	Контактность обычно уменьшается, как только ребенок начинает ходить, ползать
24 месяца	Нет дистресса при разлуке с матерью. Обычно отличает родителей от других, но большой привязанности не выражает. Может обнять, поцеловать, но делает это автоматически, если кто-то попросит. Не различает взрослых, кроме родителей. Может испытывать сильные страхи
36 месяцев	Предпочитает быть в одиночестве. Не допускает к себе других взрослых. Чрезмерно

	возбудим
48 месяцев	Не способен понять правила игры
60 месяцев	Больше интересуется взрослыми, чем сверстниками. Часто становится более общительным, но взаимодействия остаются странными и односторонними

#### Особенности проявлений аутизма в раннем возрасте

Характерная особенность *при аутизме* в раннем возрасте — *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 взаимодействия «мать — ■ ребенок».

\* См.: Питере Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. — М., 2002.

269

Одним из проявлений аутизма в раннем 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 раннего возраста; он не протягивает ручек по направлению ко взрослому, когда взрослый смотрит на него. У многих аутичных детей отсутствует такая поза готовности, на руках матери аутичный ребенок также 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.

При признаках аутистического развития *нарушение* (отсутствие) *глазного контакта* может проявляться особенно ярко. Многие авторы рассматривают это явление как центральное нарушение аутизма. Наиболее характерным является взгляд мимо лица или «сквозь» лица взрослого, т. е. 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

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*.

Нарушения эмоционального контакта с близким проявляется у аутичных детей уже на первом году жизни. Преимуществен-

270

но 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.

#### Негативизм

Негативизм — это психологически не мотивированное противодействие, стремление все делать наоборот. Встречается у здоровых детей в периоды возрастных кризов 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 невротоподобными расстройствами, личностными особенностями, проявление которых может обостряться в период возрастных кризисов.

Ребенок со стойким негативизмом должен быть проконсультирован детским психоневрологом.

#### С чем связаны тяжелые формы негативизма?

Негативизм, характеризующийся стойкостью и постоянством проявлений, входит в структуру органического поражения ЦНС при различных заболеваниях. Так, *наиболее тяжелые проявления негативизма* наблюдаются при раннем детском аутизме — РДА (Н. Н. Школьникова); РДА в сочетании с синдромом Дауна, нарушениях поведения по аутистическому типу в сочетании с алалией, а также при некоторых синдромных осложненных формах умственной отсталости: при синдромах Сотоса, Ландау-Клеффнера.

#### Каковы механизмы негативизма?

Предполагается, что патологический стереотип возникает и закрепляется по типу гиперкомпенсаторной реакции на собственную коммуникативную несостоятельность. В его основе, вероятно, лежит нарушение глубинных механизмов коммуни-

271

кативного поведения, осуществляющих саморегуляцию на биологическом инстинктивном уровне.

Как преодолеть негативизм в поведении ребенка? *Н. Н. Школьникова* дает следующие рекомендации.

1. 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 усугубляет тяжесть нарушения. К сожалению, настойчивые просьбы, уговоры, разумные доводы взрослого также могут оказаться безрезультатными и способствовать дальнейшему закреплению аномальных форм коммуникации.

2. 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.

3. *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 во взаимодействии с матерью. Для ребенка с трудностями в развитии взаимодействие с матерью играет исключительно важную роль, что убедительно отражено в зарубежной литературе по проблемам детства. Автор рассматривает взаимодействие ребенка с матерью как источник и условие 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, возможно определить эффективные способы коррекции психических нарушений у детей.

4. При организации коррекционной работы необходимо *учи-тывать указанные в литературе 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

272

и пресыщаемости путем своевременной смены и подбора видов деятельности и предметов.

5. Поддержание оптимального психического тонуса ребенка, согласно рекомендациям специалистов по детскому аутизму, достигается путем *дозированной эмоциональной подзарядки*.

6. 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, т. е. 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 скольльзящим и вновь возвращающимся к объекту. Возможны также поворот корпуса, перемещение тела в сторону объекта, протягивание рук к нему.

7. *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 побу-

273

дить ребенка к коммуникативному отклику; внести момент, обеспечивающий редуциацию 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.

Как работать с такими детьми?

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

274

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 неблагоприятной 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.

Темы бесед с родителями аутичного ребенка

Что испытывают братья и сестры аутичного ребенка?

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.

Как относятся к семье аутичного ребенка окружающие?

Семья аутичного ребенка нередко лишена моральной поддержки знакомых, а иногда даже близких людей. Родителям быва-

275

ет *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.

Как установить эмоциональный контакт с аутичным ребенком?

*На первых встречах* с ребенком необходимо *избегать прямых вопросов* («Как тебя зовут?») и пр.), заглядываний ребенку в глаза, «тормошения» его с тем, чтобы вывести из «задумчивости», сильных тактильных воздействий. Первоначально в кон-

276

тактах 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 тревожности, 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.

277

*Спокойная готовность помочь*, вера матери в ребенка — необходимое условие для снятия напряженности в отношениях матери и ребенка, приведение их к нормальным, доставляющим

радость формам общения.

Коррекционная работа с аутичным ребенком

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 ко 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, смягчений его аутистических установок он ста-

278

новится 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.

Какие нарушения могут возникнуть в диаде мать — ребенок?

У ребенка *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 отсутствии, 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.

Взаимодействие специалистов  
и родителей в работе с аутичными детьми\*

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

\* Технология подобных взаимодействий разработана и апробирована К. С. Лебединской, О. С. Никольской и др.

279

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 нормального 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 стереотипии врачом квалифицируются как проявление болезни, а психологом — как гиперкомпенсаторные образования, служащие для аффективной ауто-стимуляции 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 корректирует медикаментозное лечение, снимая тревогу и страхи.

В условиях специальной коррекционной группы необходима связь врача и психолога.

280

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 ра-сторможенности, 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

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 при-

281

влекает 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 внутрисемейных 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.

Для обучения аутичных детей используются *различные подходы* — от понуждающего обучения и условнорефлекторных 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

282

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 обучения организуются специальные классы с небольшим количеством детей и специально подготовленным персоналом.

Опыт клубной работы с детьми с нарушениями общения в ИКП РАО

*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; нет навыка соблюдать элементарную очередность слушания-говoreния, 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 приводят к изменению собственного поведения. Быстро возникает *пресыщение в общении*.

283

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 стереотипии у аутичного ребенка. Все это ограничивает возможности аутичного ребенка общаться в коллективе, в развитии произвольности, самообладания, гибкости, усложнении 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.

В Институте коррекционной педагогики на протяжении 11 лет с несколькими подростками и уже взрослыми людьми с последствиями синдрома РДА ведутся групповые занятия, которые можно назвать *Клубом друзей*.

Клуб возник из встреч детей на регулярных психокоррекционных и педагогических занятиях и совместных празднованиях. Участники Клуба не были аутичными. С каждым из них не менее 2—3 лет велась индивидуальная психокоррекционная и/или педагогическая работа.

Были установлены правила, которые нельзя было нарушать никому. Например, очередность ответов: помогать товарищу, отвечать за него можно только в том случае, если он об этом сам попросит.

Встречи в Клубе включали в себя: совместное с родителями чаепитие, за которым родители могли видеть своих детей в довольно необычных условиях, по-своему открывая их.

Такие клубные встречи использовались как средство очень интенсивной, но при этом комплексной и сбалансированной (многоуровневой) *эмоциональной стимуляции* аутичных детей и подростков, адекватной их возможностям и *уровню развития*: •> *Стимуляция первого уровня*. Каждая встреча имела свою драматургию. Так, сначала все участники неторопливо собирались, при этом небольшое опоздание разрешалось. Кто-то в это время мог помогать устраивать помещение для игры — подносить стулья и т. д. Компьютер во время клубных встреч был доступен, и место перед ним становилось

284

ареной самопроизвольных, без вмешательства взрослых взаимодействий между участниками. Каждый из пришедших по-своему осваивался в пространстве, привыкал, настраиваясь на предстоящее переживание. Точно так же происходило и прощание.

•> *Стимуляция второго уровня*. Это в первую очередь отчетливое переживание тепла и уюта в обжитом безопасном помещении. Наиболее ярким из впечатлений второго уровня было совместное чаепитие. Здесь следует отметить, что свою логику, динамику имела не только каждая встреча, но и годовая цикличность встреч. Кульминацией всего года был всегда совместный новогодний праздник, по-своему отмечались «конец сезона», последняя игра с награждением участников. Начало года (сентябрь — октябрь) и конец (май — июнь) также были отмечены своими неповторимыми событиями, как правило, совместными поездками за город (о роли таких «выходов» речь пойдет ниже). Таким образом, работа Клуба с самого начала была устроена так, чтобы, кроме всего прочего, дать переживание устойчивого годового цикла, движения времени.

•> *Стимуляция третьего уровня*. Сама ситуация игры с неопределенным финалом предполагает активное включение уровня аффективной экспансии. Задания давали столь необходимое переживание азарта в предвкушении сложной задачи. \*\*\* *Стимуляция четвертого уровня*. На этом уровне стимулировалось развитие эмоционального механизма добровольной жертвы — пусть маленькой, но все же уступки другому. Таким образом, как и другие формы психокоррекционной работы с аутичными детьми, Клуб изначально обращался к переживаниям, к эмоциональному опыту разных уровней системы аффективной регуляции и активизировал их, не давая заикнуться на переживаниях определенного уровня и развивая эмоциональные механизмы разных уровней. Формы и методы такой клубной работы были наиболее адекватны особенностям младшего школьного и предподросткового возраста. Иными словами, клуб помогал подросткам 12—15 лет и даже 18-летним юношам приобрести тот необходимый опыт, который нормально развивающиеся дети получают в гораздо более раннем возрасте в более естественных условиях (дворовая компания, внеклассная работа в школе, спортивные секции, кружки по интересам).

285

После двух-трех лет встреч, преимущественно с игровыми сценариями, Клуб стал отчетливо и неуклонно двигаться в направлении меньшей структурированности, менее жесткой заданности происходящего, а значит, большей спонтанности и естественности. Исчезло игровое шоу, доминирующее место заняли просто разговоры, беседа знакомых людей на разные темы. При этом постепенно все больше и больше стиралась граница между позициями участников и ведущих профессионалов. Основной задачей являлась организация диалога.

За последние 2—3 года общение на клубных встречах является полностью незадаанным, неспланированным и, следовательно, непредсказуемым. Участникам все

время приходится ждать, соотносить то, чем нестерпимо хочется поделиться в данный момент, с сиюминутной коммуникативной ситуацией: с общей канвой разговора, с фокусом внимания аудитории, даже с преимущественным уровнем громкости речи окружающих в данный момент. Каждому хочется говорить об интересующем его предмете (как правило, это монолог, т. е. участнику больше нужно выговориться самому, чем выслушать других), часто эта тема подхватывается, начинают высказываться и другие присутствующие, разговор может перейти в иное русло — и участник поневоле втягивается в диалогическое общение со всей его непредсказуемостью.

В сравнении впечатлений детства достигается радостное чувство общности присутствующих.

Очень важно, что Клуб остается местом не только специально организованного общения за столом с ведущими, но и спонтанного взаимодействия участников между собой — местом, где можно просто поделиться новостями, расспросить других об их

НОВОСТЯХ И Т. Д.

*Клубное общение является ценным тренингом для его участников (в отношении социальных навыков, учета другого человека), устойчивой эмоциональной базой, на фоне которой возможно формирование гибкой адаптации к окружающей жизни. Этому содействовали выезды на природу, к кому-нибудь в гости, в музей, на концерты и т. д. Сложность ситуации для участников увеличивалась постепенно.*

Руководители клуба пришли к выводу, что иногда *в реальных жизненных ситуациях*, требующих мобилизации душевной и физической, аутичные дети могут проявлять *чудеса выдержки* и необычайно высокие для них *адаптационные возможности*.

286

Ранняя детская шизофрения

*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 звуко сочетания, 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, са-моагрессивен. Дети могут кусать свои руки, бить себя по лицу. В периоды возбуждения наблюдаются *характерные особенности походки:* шаг вприскок, 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 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 отгорожен-

287

ность 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 кризов. 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, безразличием 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 при-

288

надлежит 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.

Воспитание в семье ребенка  
с дефицитом внимания  
и гиперактивным поведением

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

Специальные исследования показали, что синдром дефицита внимания является самой частой причиной трудностей обучения и нарушений поведения в дошкольном возрасте.

*Основными проявлениями* данного синдрома являются: ♦ общее двигательное беспокойство, неусидчивость, недостаточная регуляция поведения;

289

♦ нарушения целенаправленности и концентрации активного внимания;

♦ > импульсивность и инфантильность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности;

♦ проблемы во взаимоотношениях с окружающими;

♦ заниженная самооценка.

Все указанные расстройства приводят к школьной и социальной дезадаптации.

Многие из симптомов — невнимательность, гиперактивность, импульсивность — типичны и для родителей этих детей.

Родители часто испытывают чувство вины. Это тяжелая ситуация для родителей, особенно до того момента, как поставлен диагноз.

Гиперкинетическое расстройство, скорее всего, гетерогенно по своим механизмам и не имеет единого патогенеза. Предполагается, что возникновению данного расстройства может способствовать легкое повреждение мозга вследствие разнообразных патогенных воздействий во внутриутробном и перинатальном периодах, а также цепочки инфекций в раннем возрасте. Показано, что повреждение коры правого полушария в 93% случаев связано с гиперактивностью. Гиперактивность как проявление ММД может быть одним из центральных нарушений при задержке психического развития церебрально-органического генеза.

Установлена *связь гиперактивности с интоксикацией свинцом*, содержащимся в выхлопных газах и красках, используемых для отделки жилых помещений. Из лекарственных средств наиболее значимыми являются барбитураты, бензоадизепины. Имеет место повышенная частота неспецифических отклонений ээг.

*Признаки когнитивного дефицита* многообразны и неспецифичны. Конкордантность МЗ — близнецов выше, чем ДЗ, что свидетельствует об определенной роли генетических факторов. Отмечен также повышенный риск расстройств у сиблингов. О вовлеченности генетических механизмов свидетельствует также повышенная наследственная отягощенность гиперкинезами, особенно у девочек. Изучение приемных детей показало, что у биологических родителей детей с гиперактивным расстройством данное нарушение встречалось в детстве чаще, чем у приемных. Можно выделить группы больных с преимущественным типом отягощенности по тем или иным пси-

290

хическим расстройствам. Специальные исследования показали, что признаки раннего органического поражения ЦНС отмечаются у 84% детей с СДВГ, а его наследственный характер выявлен у 57% гиперактивных детей. Следовательно, в 41% случаев отмечался комплексный характер страдания. В группе обследуемых детей отмечались следующие *негативные внутрисемейные факторы*:

неполная семья;

частые конфликты;

низкий уровень образования у родителей;

разлука с родителями;

неправильное воспитание.

Симптомы нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности

Симптомы нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности проявляются ранее 7 лет, обычно начиная с трехлетнего возраста. Это нелегкое для диагностики нарушение. Большое внимание необходимо уделять истории болезни, наблюдать ребенка, говорить с родителями, воспитателями и учителями.

*Симптомы нарушенного внимания*

Ребенок *не обращает внимания на детали*. Например, надо закончить что-либо, внести заключительные штрихи — он скорее отложит это, чем выполнит. Ему трудно удержать внимание, ему свойственна непоседливость. Ребенок не слушает, когда к нему обращаются, избегает контакта взглядом, ему сложно сосредоточиться, чтобы слушать. Он может с большим энтузиазмом подойти к заданию, что-либо сделать, но никогда не доводит начатое до конца. Ребенок избегает задач, которые требуют напряженных умственных усилий и которые являются одновременно «скучными». Если ребенок действительно чем-то сильно увлечен, он может заниматься этим часами, но, если вдруг занятие ему наскучит, он бросит его.

Он *легко отвлекается*. Часто теряет свои вещи. Ребенок постоянно забывает то, что надо сделать, особенно в новых для него ситуациях, особенно когда необходимо быстро сориентироваться. Такие дети не могут выполнить задание по инструкции, если последняя состоит из нескольких звеньев. Ни одно задание не выполняется без многочисленных ошибок, так как

291

дети отвлекаются на любые внешние стимулы, повышено забывчивы.

Подвижные игры на развитие внимания

1. «Запомни ритм».

Ведущий предлагает участникам повторить за ним ритмическую модель, которую он воспроизвел с помощью хлопков. Для тех, кто не запомнил услышанный образец, дается ориентир в виде цифровой записи его, где цифра обозначает число непрерывно, через равные интервалы следующих друг за другом хлопков, а тире между ними — паузы. Для облегчения задачи предлагается вслух считать хлопки в соответствии с их цифровым изображением. После освоения всеми ритмической мелодии она воспроизводится по кругу в индивидуальном, а затем нарастающем темпе. Сбившийся выбывает.

2. «Внимательные животные».

Каждый, сидящий в круге, выбирает роль животного, которое изображается характерной позой или жестом. Первый из играющих показывает свой образ, затем образ животного, выбранного кем-то другим. Тот, в свою очередь, повторяет свой образ и показывает еще чей-то. Выбывает тот, кто ошибся в показе, больше трех секунд выдержал паузу либо изобразил образ того участника, который уже выбыл.

3. «Шапка-невидимка».

В течение трех секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой, которая на это время поднимается, а затем перечислить их.

4. «Мяч в круге».

Стоя в круге, участники перебрасывают друг другу 1, 2, 3 и более мячей, сигнализируя о своих намерениях без помощи слов. Выбывает тот, чей брошенный мяч не был пойман.

*Симптомы гиперактивности*

Ребенок ерзает, не может спокойно сидеть, он очень беспокоен. Он сидит и барабанит пальцами, все время двигается в кресле. У него всегда чувство внутреннего беспокойства. Он не может сидеть неподвижно, все время бегаёт, куда-нибудь забирается. Ребенок движется все время, даже если кажется, что он устал. Часто эти дети спят меньше, чем обычные дети, даже в младенчестве; то есть, помимо того, что он все время бегаёт, кажется, он никогда не спит. ■---■ -

Таким детям трудно играть тихо — они как будто с мотором внутри. Они обычно очень говорливы, часто это основа для диагноза. Их избыточная моторная активность бесцельна, не соответствует требованиям конкретной ситуации.

*Наибольшая выраженность* гиперактивности отмечается в *дошкольном и школьном возрасте*. Наряду с гиперактивностью в двигательной сфере у детей с СДВГ обычно имеют место нарушения координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса. Ребенок затрудняется в освоении навыков самообслуживания.

Такие дети не могут регулировать свои действия, не могут ничего приятного для себя откладывать — всего хотят сейчас. Часто перебивают или недослушивают в разговоре, бестактно вмешиваются в игру. Испытывают трудности в коллективной деятельности, требующей соблюдения очередности. Это затрудняет занятия игровым спортом. Дети могут быть излишне болтливы на уроках, не считаясь с ситуацией. Диагноз может быть поставлен с 3—4 лет. Девочек часто поздно диагностируют, потому что они вообще спокойнее. Чем спокойнее ребенок, тем позднее ставят диагноз.

При диагностике дети часто показывают хорошие результаты, если тест интересен и в новинку. В ситуации один на один ребенок показывает результаты лучше, чем в группе. Дети часто показывают лучшие результаты в присутствии отца, нежели в присутствии матери. Это объясняется тем, что дети больше привыкают к матери, а отец — более в новинку для них.

#### Игры на тренировку выдержки и контроль импульсивности

##### 1. «Личный подвиг».

Несдержанному, импульсивному ребенку дается индивидуальное задание — подняв для ответа руку самому ее опустить и обдумать то, что хотел сказать; вновь подняв руку, опять ее опустить и обсудить предполагаемый ответ с соседом. Только после этого вновь поднять руку, если хочет высказаться.

##### 2. «Скалолазы».

Участники должны пройти вдоль свободной стены, фиксируясь на ней постоянно минимум тремя конечностями. Кто оторвал или передвинул две конечности, считается «сорвавшимся» и возвращается на старт. Побеждает команда, первая добравшаяся до противоположного угла.

3. «Съедобное-несъедобное», «Черное с белым не носить», «да» и «нет» не говорить» и подобные игры, требующие самоконтроля для избежания импульсивных реакций.

##### 4. Игры типа «Угадай мелодию».

Дети не способны предвидеть последствия своих поступков, поэтому нарушения дисциплины нельзя считать преднамеренными. Взрывчатая раздражительность сочетается с лабильностью аффекта и легкими переходами от смеха к слезам. У девочек менее выражена гиперактивность, но в большей степени выражены тревога, эмоциональная лабильность, нарушения мышления и речи. Гиперактивность обычно нормализуется в подростковом возрасте, импульсивность сохраняется у 25% взрослых. Труднее всего компенсировать нарушения внимания.

У детей и подростков с СДВГ отмечается более низкая самооценка, более высокий уровень алкоголизации и употребления наркотиков. В сборе данных специалисту прежде всего требуется помощь родителей.

#### Анкета для родителей

- 1) Правша или левша ребенок, владеет ли он двумя руками в равной степени?
- 2) Отмечаются ли колебания настроения? Нет ли тенденции быть в хорошем настроении один день, а на следующий — впадать в депрессию?
- 3) Соответствуют ли достижения ребенка его возможностям?
- 4) Имеются ли трудности включения в задание?

- 5) Замечают ли родители, что ребенок не может сидеть спокойно, покачивает ногой, стучит пальцами, ерзает?
- 6) Всегда ли ребенок доводит начатое до конца?
- 7) Много ли ребенок мечтает с отсутствующим взглядом, «спит наяву»?
- 8) Испытывает ли ребенок трудности, вспышки гнева, нетерпения, когда он расстроен?
- 9) Импульсивен ли ребенок?
- 10) Легко ли его отвлечь?
- 11) Откладывает ли ребенок начатое на потом? Часто ли бывает, что он «загорелся» по поводу чего-нибудь, а потом быстро «остыл»?
- 12) Есть ли у ребенка привычка часто менять программы по ТВ, крутить ручку радио?
- 13) Способен ли ребенок работать по инструкции?

294

- 14) Легко ли приходит в состояние гнева? (Дети обычно вспыхивают мгновенно).
- 15) Имеются ли у ребенка выраженные трудности в обучении?
- 16) Нет ли подобных нарушений у других членов семьи?
- 17) Часто ли ребенок нарушает правила?
- 18) Часто ли ребенок испытывает беспокойство по любому поводу?
- 19) Низкая ли у него самооценка?
- 20) Не играет ли ребенок в детском саду (либо в школе) роль клоуна?
- 21) Не усыновлен ли ребенок?
- 22) Желанный ли ребенок в семье?
- 23) Не страдает ли ребенок аллергией?
- 24) Трудно ли ему сохранить секреты?
- 25) Любит ли он новые вещи?
- 26) Свойственна ли ребенку агрессивность, ломает ли он часто игрушки, рвет книжки?
- 27) Часто ли ребенок говорит неправду?
- 28) Часто ли ребенок берет без спросу чужие вещи?
- 29) Отмечается ли у него асоциальное поведение?
- 30) Свойственна ли ему эмоциональная незрелость?
- 31) Отвергают ли ребенка сверстники?
- 32) Трудно ли ему планировать собственное поведение?
- 33) Свойственны ли ребенку:
  - незрелая моторика и координация;
  - энурез;
  - нарушения сна?
- 34) Сведения о родителях гиперактивных детей:
  - возможно, отец или мать, когда были детьми, проявляли симптомы СДВГ?
  - отмечается ли у родителей тревожность или депрессивность?
  - имеют ли родители склонность к алкоголизму, асоциальному поведению?
  - характерны ли драки в семье?
  - полная ли семья?
  - есть ли в семье еще дети, подвержены ли они указанным нарушениям?

Важно поставить *диагноз на раннем этапе*, чтобы предупредить развитие вторичных отклонений — беспокойства, тревожности, агрессивности, асоциального поведения.

295

У детей могут быть трудности обучения, расстройства поведения, депрессии. Они рано замечают, что все дети могут сделать что-то, а они — нет. Ребенок задает себе вопрос: «Что же такое со мной? ». Конечно, это накладывает сильный отпечаток на

ребенка. Родителям следует иметь в виду, что сам по себе синдром не проходит к подростковому возрасту, этим детям необходима помощь.

Исследования показали следующее:

◆ К подростковому возрасту у 70—80% этих детей могут наблюдаться некоторые симптомы СДВГ.

<\* 2/3 взрослых имеют неполный синдром.

◆ 25—45% —демонстрируют асоциальное поведение.

◆;◆ У таких подростков нередко имеются приводы в милицию, они рано начинают злоупотреблять алкоголем, употреблять наркотики.

\*◆◆ Большинство этих детей не заканчивают школу.

◆ 20% проявляют физическую агрессию.

•> Эти люди нередко попадают в автомобильные катастрофы.

◆ Среди них часты попытки к самоубийству.

Информация для родителей

Важно, чтобы родители:

◆;• понимали всю серьезность создавшегося положения, адекватно и серьезно воспринимали беды своего ребенка, любили его и ценили его здоровье;

. искренне желали помочь ребенку;

. были лучшими адвокатами своего ребенка;

■ были готовы к переменам;

• были способны встать на место ребенка, посмотреть на себя его глазами;

• контролировали свои чувства и эмоции;

■ были терпеливы и последовательны; ► верили в успехи своих детей.

Ребенок должен быть в семье желанным, родители должны заботиться о нем и заниматься его воспитанием, не оставлять ребенка в первые годы жизни и не передавать его на попечение кому бы то ни было. Необходимо учитывать индивидуальность, своеобразие темперамента и личности ребенка.

*Специалист обязан объяснять родителям особенности их ребенка.* Родители должны принимать самое активное участие в лечении, обучении и воспитании ребенка. Они должны понимать,

296

что при сохранном интеллекте и адекватном воспитании их дети могут достичь определенных успехов. Например, Черчилль, Эйнштейн, Эдисон и Моцарт также страдали этим синдромом. Эти дети часто обладают хорошей интуицией, творческим мышлением, у них постоянно появляются какие-то идеи. Вместе с тем им трудно отвечать на вопросы или быстро что-то делать. Такому ребенку следует помочь, сказав: « Не спеши». Если он отвлекся, иногда достаточно положить ему руку на плечо, чтобы вернуть его внимание. Дети более продуктивны в первую половину дня. Таким детям *тяжело концентрировать внимание*, особенно если они устали. Чтобы привлечь и поддерживать внимание, надо делать занятие более интересным и разнообразным. Детям трудно делать скучную работу. Им всегда нужна индивидуальная поддержка; они лучше работают под наблюдением взрослых, им всегда нужен помощник или наставник.

При занятиях с детьми родители не должны давать им большую нагрузку. Работу с ребенком следует *делить на короткие периоды*. Дети нуждаются в более частых поощрениях, чтобы у них возникало ощущение успеха. Следует снизить требования к аккуратности ребенка. При занятиях с ребенком обязательно применять наглядные средства, вовлекая его в работу. Показывать ребенку, как выполнить то или иное задание, делать его вместе с ним, в результате чего у ребенка выработаются умения и навыки. Следует формировать положительные привычки. Не следует увлекаться многословными советами и поучениями. Надо помнить, что ребенок не может долго удерживать внимание. Следует продумать план управления таким ребенком, объяснить правила поведения в каждом конкретном случае, объяснить, что от него ожидается. Говорить с ре-

бенком нужно спокойным доброжелательным тоном. В случае конфликта нельзя кричать, нужно сохранять хладнокровие. Родители должны помогать развить в ребенке чувство уверенности в себе.

Родителям необходимо структурировать собственное поведение и строго выполнять режим дня. Если взрослые в семье страдают частыми немотивированными сменами настроения, в семье конфликтные отношения, они не уверены в себе, испытывают чувство вины, недостаточна успешность профессиональной деятельности, натянуты отношения с коллегами, то им самим следует воспользоваться помощью психотерапевта, чтобы разработать стратегию дальнейшего поведения.

297

Родителям, имеющим ребенка с дефицитом внимания, необходимо *объяснить другим взрослым*, общающимся с их ребенком, в первую очередь родственникам, воспитателям, *что ребенок имеет специфические трудности в выполнении заданий*, так как его нервная система функционирует не совсем так, как у других детей. Не следует ждать, когда возникнет непонимание и враждебность по отношению к ребенку. Лучше, не стесняясь, объяснить значимым для ребенка людям его особенности.

Родители должны быть в курсе всех мероприятий по оказанию помощи ребенку и в тесном контакте с теми, кто их проводит: педиатром, психологом, учителем. Только в этом случае помощь ребенку будет эффективной. Хорошо себя зарекомендовали так называемые группы, состоящие из родителей, имеющих детей с аналогичными проблемами. Общение в таких группах оказывает эффективную помощь ребенку.

Прежде всего родители должны *определить, что именно в поведении ребенка особенностораживает*. Все это обсуждается и взвешивается в семье и с психологом. В результате родителям становится более понятным поведение ребенка, да и собственное поведение они начинают оценивать более объективно. Первым шагом к изменению поведения ребенка является составление плана общения с ребенком. Даже очень занятые родители должны научиться ежедневно выделять 10—15 минут, чтобы побыть с ребенком, вникнуть в то, что он делает, выслушать его и поддержать.

Родителям необходимо научиться бороться с нежелательным поведением ребенка не только посредством наказаний, но и с помощью невмешательства в его действия, игнорирования. Например, ребенок бросил свою игрушку под дождем. Не спешите ее поднять. Ребенок ищет положенную не на место вещь, не торопитесь помочь ему, пусть поищет. Ребенок импульсивно выскакивает на велосипеде на середину проезжей части улицы. На время запретите ему пользоваться велосипедом. Наконец, почаще используйте наказание, заключающееся в спокойном сидении в определенном месте после совершенного проступка.

Задание, которое дается ребенку с нарушенным вниманием, не должно быть сложным и состоять из нескольких звеньев. Для ребенка с дефицитом внимания запоминание длинных инструкций, состоящих из цепочки коротких указаний, особенно затруднительно. Поэтому не стоит давать ребенку более одного указания за раз.

^~

298

Трудная задача для ребенка с дефицитом внимания — *завести и поддерживать дружбу* со сверстниками. Такие дети могут говорить, не обращая внимания на высказывания собеседника, могут не поддержать, когда их товарищ пытается начать игру, вмешиваться в чужую игру, не соблюдать ее условий, бросить игру, не доведя ее до конца.

Проблемы со сверстниками могут приводить к одиночеству и низкой самооценке. В то же время дружба для ребенка с дефицитом внимания является важным фактором в достижении успеха. Для того чтобы *помочь ему наладить отношения со сверстниками*:

1. Понаблюдайте за ребенком во время общения его со сверстниками. Присмотритесь к хорошим проявлениям во взаимоотношениях с другими детьми, наградите его за это.

2. Организуйте совместную деятельность своего ребенка с его другом. Например, это может быть совместный выход на игровую площадку или в библиотеку.

3. Устраивайте перерывы в общении со сверстниками, если видите, что уровень возбуждения у вашего ребенка чрезмерно высок.

4. Старайтесь уменьшить агрессивные проявления в поведении ребенка дома.

Обратите внимание на то, что *участие в игровом спорте* представляет значительные трудности для ребенка с дефицитом внимания. Это связано с выполнением ряда правил, соблюдением очередности на протяжении достаточно продолжительного времени. Однако жесткие запретительные установки здесь не годятся. Если ребенок очень заинтересован именно этим видом спорта, посоветуйтесь со специалистами и тренером, как лучше справиться с трудностями.

Всегда *будьте хорошими адвокатами* для своего ребенка. Помните, что большинство людей ничего не знают о нарушениях внимания. Найдите время, чтобы в начале каждого учебного года поговорить с учителями о своем ребенке и его нуждах. Помните, что ваш ребенок может нуждаться в специальных методах коррекции, если у него наблюдаются специфические недостатки обучаемости.

Опыт показывает, что дети, имеющие осведомленных родителей, гораздо лучше подготовлены к жизненным трудностям. Необходимо, чтобы ваш ребенок все знал о своих трудностях и способах справляться с ними.

299

Постарайтесь *в общении с ребенком* придерживаться следующих правил:

1. Прежде чем поручить ребенку что-либо сделать, тщательно взвесьте, сможет ли он с этим справиться. Не ожидайте, что поручения или свои обязанности ребенок сразу выполнит очень хорошо.

2. Установите твердый распорядок дня, обязательный не только для ребенка, но и для всех членов семьи. Напоминайте об этом распорядке своему ребенку почаще.

3. Придумайте гибкую систему вознаграждения за хорошо (без отвлечений) выполненное задание. Это может быть словесное поощрение типа: «Ты сегодня пришел в школу вовремя. Молодец!» Это может быть поцелуй или разрешение пригласить поиграть друга, разрешение смотреть телевизор дольше обычного, поиграть с родителями в какую-либо игру и т. д.

4. Если в семье есть другие дети, поощряйте и их за хорошо выполненную работу. Почаще показывайте ребенку, как лучше выполнить то или иное задание, не отвлекаясь.

5. Если ребенок не сделал чего-либо, потому что отвлекался, объясните ему, что из этого может получиться и почему. Например, чтобы успеть в школу, ребенок должен выйти из дому не позднее 8 часов утра, а он в это время все еще одевается. Подойдите к ребенку и объясните ему, что он не подготовился к школе вовремя и опоздает, а это недопустимо.

6. Подписывайте соглашения со своим ребенком типа: «Я, Алексей, обязуюсь три дня подряд не опаздывать в школу. Если я это выполню, то смогу смотреть телевизор на 30 минут дольше». Такое соглашение должно учитывать пределы возможного для ребенка и оговаривать только одно условие.

7. Не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка. Не подбирайте за ним вещи и игрушки.

8. Не следует давать ребенку только директивные указания: «Ты должен сделать то-то и то-то». Лучше говорить с ним в более мягкой форме: «После того как ты приготовишься ко сну, можешь посмотреть телевизор».

9. Напоминайте ребенку о его обязанностях не только устно. Пусть он их видит: повесьте на стену их перечень.

10. Расширяйте список обязанностей ребенка по мере того, как убедитесь, что он научился с ними справляться, не отвлекаясь. Разрешите ребенку принимать участие в обсуждении круга его обязанностей.

11. Покажите ребенку несколько раз, как нужно выполнять его новую обязанность, прежде чем разрешить выполнять ее самому.

12. Убедитесь, что у ребенка есть все необходимое, чтобы выполнить свои обязанности по дому в срок.

#### Лечение

Для каждого ребенка *подбирается специфическая доза препарата*, которая часто не зависит от его веса, роста и возраста. При лечении психостимуляторами не выявлено сколько-нибудь серьезных побочных эффектов (Приложение IV). Наиболее часто отмечаются снижение аппетита и трудности засыпания. В редких случаях возможно снижение настроения и повышение активности в период снижения действия препарата. Такие явления преодолеваются посредством изменения дозы и сроков приема препарата. Тем не менее за весом и ростом ребенка нужно следить.

*Психостимуляторы могут спровоцировать*, хотя это случается редко, и появление тиков, что имеет место при синдроме Туретта. По некоторым данным, среди детей с дефицитом внимания и гиперактивностью их частота составляет 1 %. Поэтому детей с этим синдромом не рекомендуется лечить с помощью психостимуляторов. При лечении некоторых детей с дефицитом внимания эффективны антидепрессанты. Они используются, когда психостимуляторы не помогают или противопоказаны, а также когда наблюдается побочный эффект. Иногда для лечения используют *клонидин* — гипотензивное средство, снижающее гиперактивное поведение, но не влияющее на концентрацию внимания.

Медикаментозное лечение само по себе недостаточно для достижения успеха. Необходимым условием успеха является *психологическая и педагогическая коррекция*, позволяющая изменить поведение и повысить самооценку ребенка. Только комплексный подход к проблемам ребенка гарантирует успех. Иногда родителей ребенка с дефицитом внимания и гиперактивностью волнует вопрос, не приведет ли медикаментозное лечение к привыканию к препаратам, а в дальнейшем и к токсикомании. Как показывают специальные исследования, оснований для такого беспокойства нет. Привыкания к данным психостимуляторам и антидепрессантам не наблюдается, а риск токсикомании не повышается. Более того, возможность возникновения

эмоциональных нарушений и токсикомании выше, если ребенок никогда не лечился должным образом.

#### Выводы

Каков прогноз детей с дефицитом внимания? *Раньше* считалось, что трудности проходят с возрастом, ребенок как бы перерастает свой недостаток, становясь взрослым. Отчасти такое мнение основывалось на том факте, что врачи сфокусировали свое внимание на гиперактивности как на главном симптоме. *В настоящее время* основным симптомом считается нарушение внимания в сочетании с гиперактивностью. Гиперактивность имеет тенденцию уменьшаться с возрастом, дефицит внимания и импульсивность подвергаются обратному развитию в значительно меньшей степени. Поэтому надеяться на то, что время — лучший лекарь, в данном случае неправомерно, затраченные же усилия непременно принесут свой результат.

#### Вопросы и задания

1. Перечислите особенности проявлений аутизма в раннем детском возрасте.
2. У каких детей могут формироваться черты аутистического поведения?
3. Охарактеризуйте взаимодействие специалистов и родителей в процессе воспитания аутичного ребенка.
4. Какого уровня развития может достичь аутичный ребенок?
5. Назовите особенности семьи, воспитывающей аутичного

ребенка.

6. Расскажите о психотерапевтической работе с аутичным ребенком и его семьей.

7. Назовите методы обучения аутичного ребенка.

8. Перечислите возможные причины, обуславливающие состояние негативизма.

9. Как помочь гиперактивному ребенку?

10. Назовите основные признаки синдрома СДВГ.

11. Как помочь ребенку с шизофренией?

302

## ГЛАВА 11

### Ребенок

с нарушениями функций

опорно-двигательного

аппарата в семье

Воспитание в семье ребенка

с детским церебральным параличом

Детский церебральный паралич

Термин «церебральный паралич» обозначает *двигательные расстройства, возникающие в результате повреждения мозга на ранних этапах его развития*. Детские церебральные параличи (ДЦП) являются резидуальным состоянием с непрогрессирующим течением. При ДЦП имеет место раннее, часто внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Существует несколько форм ДЦП. В зависимости от повреждения определенных систем головного мозга возникают различные двигательные расстройства. В отечественной и зарубежной литературе существует достаточно много публикаций по данной проблеме.

*Тяжесть и распространенность поражения* при детском церебральном параличе может быть различной. В одних случаях наблюдается тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки могут поражаться в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее. Развитие двигательных функций у этих детей крайне затруднено.

При более легкой степени заболевания поражаются преимущественно ноги. 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.

Характерны нарушения *артикуляционной моторики*, которые затрудняют процесс сосания и формирование голосовой активности. Крик таких детей тихий, маломодулированный, часто с носовым оттенком, гуление часто не развивается или имеет крайне рудиментарный характер. Развитие моторных и сенсорных функций задержано, с задержкой формируются 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

304

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 клинико-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 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 и прежде всего его познавательной деятельности.

Клинико-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*

305

*позы*, в которой проявление гиперкинезов, спастичности, а также позо-тонических рефлексов было бы минимальным. При гиперкинетической форме церебрального паралича важное значение имеет применение специальных приспособлений для фиксации позы.

Ребенок с ДЦП 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 не получают 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 он 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 и 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, будет социально адаптирован. Любому ребенку, а больному особенно", нужна счастливая и полноцен-

306

ная семья, которая понимает и принимает его проблемы и трудности и помогает их преодолевать.

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.

Родители задают *многочисленные вопросы* специалистам, больше всего их мучают вопросы: «Будет ли малыш говорить?»; «Сможет ли он ходить?»; «Сможет ли онучиться?»; «Сможет ли он когда-нибудь жить самостоятельно?» ит.п.

*Самая большая помощь для родителей* — это обучать 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.

Наш длительный опыт работы с детьми с церебральным параличом показал важность совместных усилий специалиста 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. Кроме того, 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 аудио-метрии.

307

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 необходим 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 I. 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 II. *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

308

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 *поразвитию и координации равновесия.*

*Развитие опорности рук и ног из горизонтального положения*

Упражнение: ребенок лежит на спине, голова на 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 выражена.

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, кубики. 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 параллель-

309

но 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 другие. Ребенка постоянно стимулируют брать игрушки, переключать их из руки в руку, складывать мозаику 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.

310

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 необходимости 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 сгибатель-

311

ных 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 его грудь 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 несколько 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 больше, 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 вып-

312

рямлять 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 вы держите ребенка на руках, *он не должен быть пассивным*. Чтобы ребенок мог активно участвовать в этом процессе, надо помочь ему сдерживать произвольные движения и преодолеть нарушенный мышечный тонус.

Пока ребенок не научился сидеть прямо или с наклоном туловища вперед и с 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 ног. 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 режим дня ребенка. У детей с церебральным параличом в первые годы жизни часто имеет место *недостаточная сформированность биологических ритмов сна и бодрствования*

313

*вания* — 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; *5—7 месяцев* — 15—16ч.; *6 7—10 месяцев*— 14—15ч.; *от Юмес. до 3—4 лет*— 12—14 ч. в сутки.

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 удлиниться. В этих случаях решение вопроса о продолжительности сна следует принимать вместе с врачом.

Воспитание и уход за ребенком, страдающим церебральным параличом *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, оно сохраняется и в более позднем возрасте, когда возникают проблемы с жеванием. У детей с ДЦП затруднено кормление. - *К 3 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. *К 4 месяцам* 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.

314

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 наступает 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 и сам процесс кормления становится крайне тяжелым для обоих. Это нарушает первую эмоциональную связь между ребенком и матерью. Чтобы сделать процесс

315

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 вглубь 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 координированы 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.

316

Когда пища, наконец, оказывается в желудке, может возникнуть 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 рефлексy, 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 кормле-

317

ниями 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*, т. е. энергии, необходимой для роста и развития.

Одной из возможных проблем, возникающих при воспитании ребенка, могут быть *запоры*; чтобы расстройства стула не приобретали постоянный характер, важно, чтобы ребенок много пил, употреблял 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.

318

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, пе-

379

ревести 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*. Самообслуживание

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 покажите 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 вы замечаете, что он заскучал, немедленно прекращайте занятие. *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

320

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:

-г<sup>1</sup> 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 30С, знакомить малыша с водой лучше всего маме.

#### Занятия с ребенком в воде:

•> способствуют взаимодействию мамы и ребенка; •> позволяют обучить родителей специальным приемам поддержки ребенка; •J\* 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.

321

#### *Как научить ребенка с церебральным параличом играть*

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*» щеры: 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 игры 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."

322

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

большинстве 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.

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 зат-

323

руднения в ходе осуществления действия 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.

Предупреждение и коррекция нарушений речевого и психического развития у детей с церебральным параличом *Работа в доречевом периоде*

На первом этапе в доречевом периоде стимулируют *сосательный, хоботковый и поисковый* рефлексы. 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 корм-

324

ления 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 вашего 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 вы почувствуете, что зрительный контакт установлен, мама учит 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 погремушки: слегка потрясите ею и дождитесь, когда ребенок посмотрит на игрушку, а потом медленно водите ею из стороны в сторону.

Подобные занятия можно проводить, когда ребенок лежит на животе 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.

325

Стимулируйте развитие зрения и *вне дома*, на прогулке. При этом следите, 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 поставьте легкую задачу: возьмите 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 уменьшайте количество внешних раздражителей. Для занятия с ребенком выберите укромный уголок комнаты и уберите 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*: сближают 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, пас-

326

сивный 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 заставлять 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.

327

*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 заданием.

Для развития слухового внимания следует проводить специальные *игры*: «Угадай, чей это голос?», «Откуда слышится звук?» Ребенка учат 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 вре-

328

мя 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 двигатель-но-кинестетический анализатор, т. е. 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.

Помните, что *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 вычитаете малышу, и задания, которые ему даете, должны соответствовать его индивидуальным и возрастным возможностям. В противном случае могут возникнуть различные отклонения, прежде всего в виде заикания.

*Если появилисьстораживающие признаки* задержки речевого развития, а в более старшем возрасте ускоренный темп речи, нарушения речевого дыхания, — необходимо проконсультироваться со специалистами.

Пути помощи ребенку 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: поликлиники, неврологические отделения и пси-

329

хоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты) и различные реабилитационные учреждения. *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, дефекте логов, 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 олигофренией 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 олигофренией в степени дебильности обучаются в коррекционных школах VIII типа. Еще функционируют интеграционные программы воспитания и обучения детей с ДЦП раннего и дошкольного возраста.

*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 и машинописи, 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 име-

330

ют 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.

Ребенок с миодистрофией Дюшеннавсемье

Имеются в виду болезни дистрофинового гена — прогрессирующая мышечная дистрофия, псевдогипертоническая форма Дюшенна (Duchenne muscular dystrophy, DMD) и поздняя псевдогипертрофическая форма Беккера (Becker muscular dystrophy, BMD).

Ген DMD локализуется в X-хромосоме, наследование болезни происходит как X-сцепленного признака и практически исключительно у мальчиков.

331

*Первые признаки* болезни у мальчиков, имеющих миодистрофию Дюшенна, появляются в раннем детстве, часто в возрасте до 3 лет. Родители начинают замечать, что ребенок испытывает трудности при движении, например, когда надо встать с пола на ноги, он вынужден помогать себе, опираясь руками о имеющиеся рядом предметы. Появляются нарушения походки и особые сложности при необходимости подняться или спуститься по лестнице. В типичных случаях именно слабость мышц ног становится первой жалобой пациента. Однако при поверхностном осмотре мышцы ног выглядят хорошо развитыми и это иногда дает основание думать, что ребенок просто капризничает и не хочет выполнять те или иные требования родителей.

*С возрастом мышечная слабость нарастает* и особенно это касается ног. Часто в возрасте около 10 лет пациент для передвижения уже вынужден пользоваться инвалидным креслом. Ограничения подвижности могут приводить к появлению тугоподвижности в различных суставах — так называемых контрактур, и искривлениям позвоночника. Это, в свою очередь, в сочетании с дистрофическим процессом в дыхательных мышцах обуславливает нарушение вентиляции в легких. Во многих случаях болезнь осложняется дистрофическим процессом в сердечной мышце.

*Общие проблемы* (а также вытекающие из них трудности) возникают перед каждой семьей, отягощенной наследственным нервно-мышечным заболеванием. На решение именно этих проблем (и преодоление соответствующих трудностей) фактически в первую очередь ориентируются различные программы помощи, разработанные в разных странах разными школами медиков и специалистов по медико-социальной реабилитации. При этом целевые установки, пожалуй, можно свести к четырем основным положениям:

1. Максимально полная поддержка состояния здоровья пациента. Симптоматическое лечение с целью замедления (остановки) прогрессирования заболевания и профилактика осложнений.

2. Медико-социальная и морально-психологическая помощь пациенту и членам его семьи.

3. Выявление носителей патологического гена (уточнение диагноза на молекулярном уровне) среди членов семьи пациента и профилактика новых случаев болезни.

332

4. Нарращивание усилий по разработкам эффективных патогенетических методов лечения и расширения сфер их применения.

*Лечение*

Самый распространенный подход, используемый практически при всех формах, связан с усилиями, направленными на *улучшение обменных процессов в мышцах* пациента.

Важное значение для поддержания обменных процессов в мышцах имеет *насыщенность витаминами*, поэтому наиболее часто таким пациентам рекомендуют комплекс *водорастворимых* витаминов (витамины группы В, РР и С) как в таблетках и драже, так и в инъекциях. Хороший уровень витаминов может быть также достигнут с помощью *диеты*, содержащей *значительные количества овощей, ягод и фруктов*. Некоторые авторы наблюдали положительные эффекты при длительном применении витамина Е у больных миодистрофией Дюшенна. Однако накопление *жирорастворимых* витаминов в организме человека может вызывать и различные *отрицательные эффекты*.

Для комплексного воздействия на обменные процессы в ЦНС и мышцах часто назначают *инъекции церебролизина*.

Имеется много публикаций об использовании *гормональных* препаратов (стероидной природы) при лечении нервно-мышечных заболеваний, однако большинство авторов считают, что в действии этих препаратов ведущим является не корригирующее влияние на общие обменные процессы, а специфическое торможение патологического процесса.

Наряду с лекарственными воздействиями для улучшения обменных процессов в мышцах очень широко применяют *физиотерапевтические методы*, среди которых на первое место следует поставить *массаж*. Чрезмерно интенсивный массаж при миодистрофиях может вызвать даже усиление процессов распада мышечных тканей.

Накопленный опыт получен от применения *парафиновых и/или озокеритных аппликаций*, которые в сочетании с массажем стали распространенным средством при коррекции контрактур, хотя в тяжелых случаях приходится прибегать и к другим методам, включая хирургические вмешательства.

Практически во всех случаях существенное значение для поддержания состояния здоровья пациента могут играть *регулярные занятия лечебной физкультурой*. Часто хорошего эф-

333

фекта удастся добиться с помощью различных тренажеров, водных процедур и специальных *занятий в бассейне* (включая плавание).

Важную роль для сохранения мышечной активности, а также для профилактики осложнений со стороны сердечной мышцы, нарушений работы желудочно-кишечного тракта и для предотвращения изменений обменных процессов (приводящих иногда к избыточному накоплению жира) может играть *рационально составленная диета*. Иными словами, в пище должны доминировать нежирные мясные и молочные продукты, а также овощи, фрукты и приготовленные из них блюда.

Особое внимание необходимо уделить *поддержанию водно-солевого баланса* и, в частности, обеспечить в поступление с пищей достаточных количеств *солей калия и кальция*. Для этой цели рекомендуется регулярно потреблять богатые калием продукты (курага, изюм, зелень петрушки, картофель, овощные отвары). В качестве богатого кальцием продукта обычно используют творог или другие молочные продукты.

Ослабление мышечной силы тех или иных групп мышц закономерно сказывается на всем опорно-двигательном аппарате организма.

*При первичных миодистрофиях* у многих пациентов сравнительно быстро развивается слабость мышц голени, результатом чего становится *«висящая стопа»*, которую легко заметить у сидящего ребенка. Затем (если не принимаются соответствующие меры) возникает постепенно нарастающая *тугоподвижность* (контрактуры) голеностопных суставов с их последующей деформацией, которая может достигать такой выраженности, что сама по себе делает невозможной ходьбу и даже ношение обуви. Во многих случаях появляющиеся контрактуры и деформации сопровождаются нарушениями кровообращения в соответствующих областях, неприятными ощущениями (парестезиями) и болями. Вместе с тем этих контрактур удастся избежать, если строго следить

за тем, чтобы стопы ребенка постоянно оставались в физиологическом положении относительно костей голени.

Строгое соблюдение простого правила — «стопа не должна висеть, когда ребенок сидит», уже избавит его от многих лишних страданий. При прогрессировании болезни для сохранения физиологического положения стоп используют специальные

334

ортопедические приспособления — туторы и лангеты, а также ортопедическую обувь, позволяющую фиксировать голеностопный сустав.

Принципиально важное значение может сыграть *ортопедическое лечение и ортопедические приспособления* в предупреждении развития искривлений позвоночника и последующих нарушений дыхательной функции. Для этой цели используют, в частности, разнообразные корсеты, которые изготавливают с учетом индивидуальных особенностей ребенка и по индивидуальным заказам. Доля детей с этим осложнением постоянно увеличивается, и сами искривления нарастают, приводя к серьезным трудностям как в быту, так и в учебе или другой деятельности. Иногда (при разных формах ННМЗ) искривления позвоночника становятся важной проблемой уже в дошкольном возрасте.

*Если способность к ходьбе ребенком утрачена*, то необходимым и постоянным фактором его быта становится кресло-каталка. При выборе модели следует иметь в виду не только то состояние, в котором уже находится пациент, но и перспективы развития болезни. Определяющее влияние для выбора кресла-каталки может оказать наличие у него специальных подлокотников, головодержателя или моторчика. Особое внимание необходимо уделить сидению кресла, форма которого и физические характеристики должны быть удобны для пациента. С течением болезни по мере необходимости следует коррегировать конструкцию кресла.

*Состояние сердечной мышцы* у большинства больных ННМЗ нуждается в постоянном внимании и консультировании специалистами -кардиологами. В некоторых случаях удается поддерживать ритм сердечных сокращений у больного ННМЗ только после вшивания подкожно *специального электрического датчика*, получившего название «водитель ритма». Он часто позволяет продлить жизнь пациента на многие годы. Новые исследования приведут к созданию новых эффективных методов лечения и, в конечном счете, существенно изменят судьбу, а также качество жизни многих пациентов.

Вопросы и задания

1. Какое место при ДЦП имеют нарушения мышечного тонуса, характеризующиеся непостоянством?

2. Как часто наблюдается смешанная форма ДЦП?

335

3. Что препятствует формированию предметно-практической и познавательной деятельности?

4. Как проводится коррекция сосательных движений у ребенка с церебральным параличом?

5. Как следует усадить ребенка с церебральным параличом при кормлении?

6. Какое питье из чашки рекомендуется давать ребенку на начальных этапах обучения?

7. Какова продолжительность сна ребенка с ДЦП (в сутки) от 4 до 7 лет?

8. В каком положении может спать ребенок при очень тяжелой степени ДЦП?

9. Какое положение препятствует фиксированной сгибающей установке туловища и бедер?

10. Кто проводит лечебную физкультуру с ребенком с ДЦП?

11. Что включает в себя сенсорное воспитание детей с ДЦП в семье?

12. Какие из упражнений полезны для развития у ребенка с ДЦП прослеживания и зрительной фиксации?

13. Какие игры используются для развития сенсорных способностей детей с ДЦП?

14. Какие игры-упражнения наиболее подходят для развития и закрепления понятий « большой-маленький » ?

15. Какие задания использовались для развития тактильной чувствительности ребенка?

16. Какие пространственные представления необходимо формировать у детей с ДЦП?

17. В процессе каких видов деятельности формируются пространственные представления ребенка с ДЦП?

18. Какие функции имеют важное значение для развития речи у детей с церебральным параличом?

19. С чем связано нарушение зрительного воспитания у детей с ДЦП?

20. Где должна проводиться коррекционная работа с детьми с ДЦП?

21. Назовите основную задачу коррекционной работы на первом этапе доречевого периода.

22. Определите пути помощи ребенку с миодистрофией Дю-шенна.

336

## ГЛАВА 12

Ребенок с нарушениями речевого развития в семье

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 может иметь место при дисфа-зии 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.

Речевые расстройства обычно являются следствием *резиду-ально-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*, т. е. задержанное созревание центральной нервной системы. Определенная роль в возникновении речевых нарушений принадле-

338

жит 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 ситуационно-эмоционального общения — речевая.

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, более разными становятся интонации, усложняются звуки, появляется гуление, постепенно малыш начинает повторять слоги, произнося целые монологи. Так начинает формироваться эмоциональная форма общения. Общаясь 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,

339

начинает овладевать разными способами общения с окружающими. Речь — необходимая основа для развития мышления, *коммуникативного поведения*. Речь ребенка, как правило, отражает социальную среду, в которой растет ребенок.

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 негативного 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 цнс.

Оценка речевых трудностей психоречевого развития 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*

340

*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 гиперактивного 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 приобретают 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, ин-

341

тонационно 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 мес, к 9 мес.* 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 ладушки», искать спрятанную у него на глазах

игрушку.

*Начиная с 9 мес.* дети с нормальным слухом и интеллектом адекватно реагируют на обращение, речь, ее интонацию, откликаются на свое имя, отвечают действием на некоторые привычные просьбы типа: «дайручку», «откройрот», «идикмаме»и др. К концу этого периода при слове «нельзя» большинство детей перестает тянуться к какому-либо предмету, т. е. 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 мо\_жет быть связана с нарушениями иннервации артикуляционной мускулатуры, снижением слуха.

342

*На этом возрастном этапе более отчетливо* могут быть выявлены следующие *неврологические заболевания* и отклонения в развитии: детский церебральный паралич, синдромаль-ные формы умственной отсталости, нерезко выраженные дефекты слуха.

*В возрасте 9—12 мес.* 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 дифференцированных 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 развива-

343

ются 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 эхолалично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звуко сочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

*К году* у ребенка начинает формироваться *игровой контакт с 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 мало активен 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»\*сли у него задерживается разви-

344

тие 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.

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) проводится тактильная стимуляция губ, развитие слухового внимания, стимуляция гуления.

На втором (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.

345

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.

*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 достаточного 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 использо-

346

вать такие действия, которые выражают любовь к малышу и легко им воспринимаются. Это могут быть физические прикосновения. Ребенку доставляют 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.

347

Таким образом, *основными задачами родителей является*: развитие подражания и воспитание у ребенка соблюдения очередности.

С этой целью могут быть использованы такие *традиционные* игры как «Ладушки», «Поехали, поехали с орехами» и другие. 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 неправильным 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*: «ктоэто?», «чтоэто?», «кто

348

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 другие. 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 трех 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 развитием 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.

349

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 вызвать у него стремление к подражанию.

*Стимуляция речевого подражания* на первом году жизни направлена на развитие коммуникативных навыков, зрительно-моторного манипулятивного поведения, положительно эмоционального общения со 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. Отмечается особенность импрессивной речи, т. е. 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.

Логопедическая работа

*Стимуляция звукоподражания* — узловым моментом логопедической работы. Стимуляция подражания начинается с подражания логопеда звукам и слогам самого ребенка.

Используются следующие *виды занятий*: игры по подражанию звукам в помещении и на улице (подражание тиканью 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. -^^- и

350

Логопедические занятия на фоне дезадаптации, плохого настроения, отрицательного отношения ребенка к учреждению бесполезны. 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 звучной 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 гласного, 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.

351

2. Отобрать картинки, в названиях которых 3 слога.

3. Ребенка учат произносить слитно слово, предложение, 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» ит. п. Ребенка также учат определению количества звуков в словах (количественный анализ).

#### Логопедическая ритмика

Логопедическая ритмика имеет важное значение в развитии речи. Она включает 5 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.

Вопросы и задания

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. Направление и содержание логопедической работы.

8. В чем состоит логопедическая ритмика?

352

## ПРИЛОЖЕНИЯ

353

Приложение I Обследование коммуникативного поведения

*Оценка использования жестов и мимики*

0) не использует жесты;

1) показывает нужды конкретной демонстрацией: берет пищу из тарелки, ведет людей за руку и т. д.;

2) показывает желание троганием объекта;

3) показывает объекты на расстоянии;

4) показывает простые нужды: например, показывает, что хочет пить;

5) использует сложную мимику и жесты.

*Оценка использования выражения лица для общения с окружающими*

0) лицо всегда без выражения;

1) есть некоторые простые выражения;

2) ясная и четкая смена выражения, адекватная ситуация;

3) возможность произвольного контроля над своей мимикой.

*Оценка использования символических жестов*

0) никогда не кивает, чтобы выразить « да », и не качает головой, чтобы выразить « нет »;

1) иногда кивает и качает головой, чтобы выразить « да и нет »;

2) использует эти жесты в общении и ясно знает их значение.

*Оценка жестов, сопровождающих речь или попытки речи*

0) никогда не использует жесты для иллюстрации или подчеркивания речи;

1) использует конкретные жесты: например, вытаскивает объект, тащит слушателя, чтобы обратить его внимание;

2) использует некоторые движения рук и лица для сопровождения речи.

354

## Приложение II

Вопросы интервью для исследования структуры семейной системы

(Черников А. В., 1997)

*Вопросы для оценивания семейной сплоченности:*

1. Насколько эмоционально близкими друг другу чувствуют себя члены семьи? (Супруги? Родители с детьми?)

2. Насколько активно участвуют они в жизни друг друга?

3. Проводят ли члены семьи время вместе, когда это возможно, или предпочитают заниматься своими делами?

4. Имеют ли члены семьи общих друзей или у каждого они свои?

5. Что любят члены семьи делать вместе, есть ли у них общие интересы?

6. Как семья проводит праздники и дни рождения?

7. Что обычно происходит в семье вечером и в выходные?

8. Как соотносится интенсивность взаимоотношений родителей и детей с возрастом ребенка?

Вопросы для оценивания семейной гибкости:

1. Поделено ли руководство между родителями?

2. Строгая ли в семье дисциплина?

3. Как проходит обсуждение разногласий в семье?

4. Выполняют ли супруги и другие члены семьи определенные задачи или роли в семье строго не определены?

5. Насколько часто меняются в семье правила?

6. Как часто в семье происходят изменения?

7. Кажется ли семья дезорганизованной? Ригидной?

8. Насколько родители осуществляют в семье руководящие функции?

355

### Приложение III

Особенности психического состояния

и поведения ребенка, позволяющие

заподозрить физическое насилие

(Сафонова Т.Я.исоавт., 1993)

*Возраст 0—6 месяцев:* •> малоподвижность;

◆ безразличие к окружающему миру;

◆ отсутствие или слабая реакция на внешние стимулы;

◆ редкая улыбка в возрасте 3—6 месяцев.

*Возраст 6 месяцев — 1,5 года:*

боязнь родителей;

боязнь физического контакта со взрослыми; постоянная беспричинная настороженность; плаксивость, постоянное хныканье, замкнутость, печаль; •> испуг или подавленность при попытке взрослых взять на руки.

*Возраст 1,5—3 года:* •> боязнь взрослых;

◆ редкие проявления радости, плаксивость; <• реакция испуга на плач других детей;

◆ крайности в поведении — от чрезмерной агрессивности до безучастности.

*Возраст 3 года — 6 лет:*

◆ примирение со случившимся, отсутствие сопротивления; ◆> пассивная реакция на боль;

◆ болезненное отношение к замечаниям, критике;

•> псевдовзрослое поведение (внешне копируют поведение взрослых);

◆ негативизм, агрессивность; <• лживость, воровство;

◆ жестокость по отношению к животным;

◆ склонность к поджогам.

*Младший школьный возраст:*

◆> стремление скрыть причину повреждений и травм; •> одиночество, отсутствие друзей;

◆ боязнь идти домой после Школы.

356

Подростковый возраст:

◆ побег из дома;

◆ суицидные попытки (попытки самоубийства);

◆ делинквентное (криминальное или антиобщественное) поведение;

◆ употребление алкоголя, наркотиков.

*Особенности поведения родителей или попечителей, позволяющие заподозрить жестокость по отношению к ребенку*

◆ противоречивые, путанные объяснения причин травм у ребенка и нежелание внести ясность в происшедшее;

- ◆ позднее обращение за медицинской помощью или инициатива обращения за помощью исходит от постороннего лица;
- ◆ обвинение в травмах самого ребенка;
- ◆ неадекватность реакции родителей на тяжесть повреждения, стремление к ее преуменьшению;
- ◆ отсутствие беспокойности за судьбу ребенка;
- ◆ невнимание, отсутствие ласки и эмоциональной поддержки в общении с ребенком;
  - > беспокойность собственными проблемами, не относящимися к здоровью ребенка;
- ◆ рассказы о том, как их наказывали в детстве;
- ◆ признаки психических расстройств в поведении или проявление патологических черт характера (агрессивность, возбуждение, неадекватность и др.).

*Особенности внешнего вида ребенка, характер травм и заболевания, позволяющие заподозрить сексуальное насилие:*

- ◆ повреждения генитальной, анальной или оральной области, в том числе нарушение целостности девственной плевы, повреждения кожи груди или бедер;
  - <• расширение ануса;
  - ◆ следы спермы на одежде, коже, в анальной и генитальной области;
  - ◆> заболевания, передающиеся половым путем;
  - ◆ беременность;
  - ◆ повторные или хронические инфекции мочевыводящих путей;
  - ◆ резкие изменения веса (потеря или прибавление);
  - ◆ вагинальные кровотечения;
  - \* психосоматические расстройства.

357

*Особенности психического состояния и поведения детей, позволяющие заподозрить сексуальное насилие:*

1) Дети дошкольного возраста:

- ◆ ночные кошмары;
- ◆ страхи;
- ◆ регрессивное поведение (появление действий или поступков, характерных для более младшего возраста);
  - ◆> несвойственные характеру сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками;
  - ◆ открытая мастурбация;
- Ф несвойственные возрасту знания о сексуальном поведении; \*•• беспричинные нервно-психические расстройства.

2) Дети младшего школьного возраста: ••• низкая успеваемость;

- ◆ замкнутость, стремление к уединению;
- 2\* изменение ролевого поведения (берет на себя функции взрослого); '•• ухудшение взаимоотношений со сверстниками;
- ◆ несвойственное возрасту сексуально окрашенное поведение;
- ◆ стремление полностью закрыть тело одеждой, даже если в этом нет необходимости.

3) Дети старшего школьного возраста, подростки:

- ◆ депрессия;
- ◆> побеги из дома или институциональных учреждений; •> низкая самооценка;
- ◆ угрозы или попытки самоубийства;
- ◆ сексуализированное поведение;
- ◆ употребление наркотиков или алкоголя;
- ◆> проституция или беспорядочные половые связи;

- ◆ жалобы на боли в животе.

*Особенности поведения ребенка, позволяющие заподозрить психическое насилие:*

- ◆◆◆ беспокойство и тревожность; \*2\* нарушение сна;

- ◆ длительно сохраняющееся подавленное состояние;
- ◆ агрессивность;
- ◆ склонность к уединению;
- ◆ чрезмерная уступчивость, заискивающее, угодливое поведение;
- ◆ угрозы и попытки самоубийства;

358

- ◆ неумение общаться, налаживать отношения с другими людьми, включая сверстников;

- ◆ плохая успеваемость;
- ◆ низкая самооценка; •> нарушение аппетита.

*Особенности поведения взрослых, позволяющие заподозрить психическое насилие над детьми:*

- ◆ нежелание утешить ребенка, который действительно в этом нуждается;
- ◆ оскорбления, брань, обвинение или публичное унижение ребенка;
- ◆ постоянное сверхкритичное отношение к нему;
- ◆ негативная характеристика ребенка;
- ◆> отождествление ребенка с ненавистным или нелюбимым родственником;
- ◆ перекладывание на него ответственности за свои неудачи; •> открытое признание в нелюбви.

*Особенности психического состояния и физического развития, позволяющие заподозрить эмоциональное насилие:*

- ◆ задержка физического и умственного развития;
- ◆ нервный тик; •> энурез;
- ◆> печальный вид;
- ◆;• различные соматические заболевания (ожирение, резкая потеря массы тела, язва желудка, кожные заболевания, аллергическая патология).

*Признаки, по которым можно заподозрить пренебрежительное отношение к его нуждам и интересам:* •> утомленный, сонный вид, опухшие веки;

- ◆ санитарно-гигиеническая запущенность, педикулез;
- <◆ низкая масса тела, увеличивающаяся при регулярном достаточном питании (например, во время пребывания в больнице или приюте);
- ◆ задержка роста или общее отставание в физическом развитии;
- ◆ задержки речевого и моторного развития, исчезающие при улучшении ситуации и появлении заботы о ребенке;

- ◆ выраженная пеленочная сыпь и обезвоживание, характерные для грудных детей;

359

- ◆ частая заболеваемость вялотекущими хроническими инфекционными заболеваниями;

- ◆> многократная госпитализация в отделения неотложной и скорой помощи;
- ◆> повторные повреждения от случайных травм или отравлений.

*Особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить пренебрежительное отношение к нему:*

- постоянный голод и/или жажда;
- кража пищи;

стремление любыми способами, вплоть до нанесения самоповреждений, привлечь к себе внимание взрослых;

- требование ласки и внимания;
- подавленное настроение, апатия; •> пассивность;
- агрессивность и импульсивность;

неумение общаться с людьми, дружить;  
делинквентное (антиобщественное) поведение вплоть до  
вандализма;  
неразборчивое дружелюбие;  
регрессивное поведение;  
мастурбация; ♦ трудности в обучении, низкая успеваемость, недостаток  
знаний; <• низкая самооценка.

360

#### Приложение IV

Медикаментозное лечение

остаточных явлений

органического поражения ЦНС

и психических расстройств у детей

Медикаментозная терапия способствует стимуляции развития детей, улучшению компенсаторных возможностей мозга. Она направлена на лечение остаточных явлений органического поражения ЦНС, таких как повышение внутричерепного давления, параличи, парезы конечностей, судорожный синдром, СДВГ и др.

*Медикаментозное лечение*, являясь компонентом комплексной терапии, направлено на снижение интенсивности соматических проявлений, нормализацию ликвородинамики, улучшение обменных процессов в ткани мозга, а также ускорение созревания его высших функций. Для этого используют препараты следующих *фармакологических групп*:

- 1) действующие на обмен веществ в ткани головного мозга;
- 2) седативные препараты (транквилизаторы, барбитураты);
- 3) успокаивающие средства (бромиды, препараты трав);
- 4) диуретики;
- 5) противоаллергические препараты;
- 6) противосудорожные препараты.

#### НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА

*Ноотропные средства* — это средства, действие которых направлено на мышление (от греч. «ноос» — *мышление*, «тро-пос» — *направление*). Преимущественно они являются синтетическими аналогами биологически активных соединений, принимающих участие в обмене веществ нервной ткани и в передаче возбуждения. Обладая сходством в структуре с биологически активными веществами, ноотропные средства воздействуют на метаболизм головного мозга, активируют энергетический обмен. Они способствуют захвату и утилизации глюкозы мозговой тканью, утилизации кислорода, образованию и обороту фосфоросодержащих макроэргов (АТФ, креатининфосфат), синтезу РНК и белка, внедрению фосфата в фосфолипиды мембран нейронов и глиальных клеток. Ноотропы уменьшают нарушения обмена веществ мозга во время стрессорных ситуаций и спо-

361

способствуют его восстановлению. Так, в эксперименте показано, что при гипоксии головного мозга ткань теряет дофамин (следствие перекисидации фосфолипидов мембран), восстановление его уровня происходит лишь через 110 часов. Ноотропы в сравнительно высоких дозах защищают от этого повреждения, а в меньших дозах ускоряют процесс восстановления уровня дофамина. Прямо на процессы аминергического возбуждения, а также на мозговой кровоток ноотропы не влияют, но косвенно (изменяя метаболизм мозга) улучшают в нем регионарный кровоток, то есть они обладают способностью мобилизовать экономный обмен мозга, необходимый для поддержания его функции в стресс-ситуациях, а также повышают резистентность мозга к повреждающим воздействиям.

Ноотропы оказывают специфическое *действие на высшие интегративные функции головного мозга*, стимулирующие обучение и память, улучшают умственную деятельность, повышают устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшают

кортикально-субкортикальные связи. Разные ноотропы в рамках указанных общих эффектов обладают определенными собственными спектрами действия с преимущественным влиянием на ту или другую сторону обмена веществ в ткани мозга.

#### 1) Пирацетам (ноотропил)

Это циклическое производное ГАМК — первый и наиболее изученный представитель этой группы.

Пирацетам синтезирован в 1963 г. сотрудниками бельгийской фирмы ICF. С. Giurgea (1972) назвал его ноотропилем за способность улучшать умственную работоспособность.

Пирацетам хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта и *проникает в ЦНС, оказывая влияние на метаболические процессы и на активность ее медиаторных систем*. Обнаружено, что пирацетам подобно ГАМК увеличивает энергетический потенциал клеток, преимущественно коры головного мозга, так как способствует обороту АТФ; он активирует в нейронах аденилатциклазу и угнетает нуклеотидфосфатазу, этим поддерживая уровень АТФ без участия кислорода. Увеличивая запасы фосфатной энергии, пирацетам ведет к улучшению ре-синтеза макромолекул, нарушенного в условиях гипоксии и других токсических ситуациях. Он увеличивает активность ферментов дыхательной цепи, стимулирует синтез РНК. Обнаружена его способность активировать гексозомонофосфатный шунт, ассоциирующийся с интенсификацией синтеза протеи-

362

нов и антиоксидантным действием, что положительно сказывается в условиях аноксии мозга. А. Palvik и соавт. (1982) показали, что ноотропные средства ингибируют лизосомальные ферменты, освобождающиеся при кислородном голодании, и этим тоже предотвращают повреждение тканей. В результате названных механизмов пирацетам повышает устойчивость мозга к гипоксии, травме, интоксикациям, ускоряет процессы обучения, облегчает межполушарную передачу информации, усиливает контролирующую функцию коры головного мозга над подкорковыми структурами. Он препятствует развитию поведенческих аномалий, вызванных ингибированием синтеза белка в раннем постнатальном онтогенезе, положительно влияя на биоэнергетические процессы в нейронах мозга.

Пирацетам обладает противосудорожным, седативным свойствами, но не только не усиливает активность барбитуратов, но даже уменьшает степень интоксикации ими.

Пирацетам прочно вошел в педиатрию для лечения новорожденных с перинатальным повреждением мозга, вызванным гипоксией, родовой травмой и пр., а также для лечения детей раннего возраста с различными неврологическими (рассеянный энцефаломиелит — рассеянный склероз, оптикомиелит, менин-гоэнцефалит, травма головы, гидроцефалический синдром) и некоторыми психическими (задержка умственного развития, различные степени олигофрении) заболеваниями.

И. В. Сиротиной и Н. В. Богатыревой была изучена противо-гипоксическая эффективность для плода при введении пирацетама матери в процессе родов. Установлено, что такая терапия улучшает течение родов, повышает устойчивость плода к гипоксии. Это проявляется также и в улучшении оценки по шкале Апгар детей при рождении и в снижении частоты неврологических осложнений как в раннем неонатальном периоде, так и при катamnестическом исследовании через несколько месяцев после рождения по сравнению с рандомизированной группой детей, не подвергшихся пренатально действию пирацетама.

Назначение пирацетама новорожденным способствует более быстрой и эффективной ликвидации последствий перинатальных повреждений мозга. Назначением пирацетама удастся скорее ликвидировать очаговые нарушения в функции ЦНС (двигательные, речевые), улучшить память, способность к концентрированию внимания, контактность больных,

363

интерес к школьным занятиям. У детей с умственной отсталостью и легкой формой олигофрении отмечают увеличение работоспособности, снижение утомляемости, улучшение организации интеллектуальной деятельности, обучаемости, появление новых мотивов деятельности, положительных эмоций, связанных с познавательной и интеллектуальной продуктивностью и т. д.

Следует отметить, что у некоторых детей (преимущественно с умственной отсталостью) в процессе приема препарата появляются двигательная расторможенность, суетливость, общее беспокойство, отвлекаемость, неусидчивость, аффективная взрывчатость, неуравновешенность, конфликтность. Названные нежелательные явления у части детей исчезают после снижения дозы, а у других — только после отмены препарата. Следует также отметить, что экспериментальные данные говорят о том, что пирацетам увеличивает содержание цАМФ в гипофизе, коре надпочечников и щитовидной железе и этим может вмешиваться в секрецию соответствующих гормонов.

#### 2) Кавинтон (винпоцетин)

*Повышает мозговой кровоток и снижает цереброваскулярное сопротивление;* при этом отмечается, что усиление кровотока наступает прежде всего в тех участках мозга, где сосуды сужены. Препарат вызывает улучшение микроциркуляции и метаболизма мозга: повышается усвоение кислорода, усиливается аэробный гликолиз и образование АТФ. Кроме того, кавинтон улучшает реологическое состояние крови, ингибирует агрегацию тромбоцитов.

Сосудорасширяющее действие кавинтона связано с его тормозящим влиянием на поступление кальция внутрь клетки, а также с угнетением мобилизации кальция из внутриклеточных депо при деполяризации мембран гладкомышечных стенок сосудов. В больших дозах кавинтон оказывает расслабляющее действие на скелетные мышцы.

При необходимости предотвратить еще большее возбуждение ребенка (учитывая его фоновую гипервозбудимость) кавинтон как лекарственное средство для улучшения интегративных функций мозга более предпочтителен, нежели ноотропил.

#### 3) Пантогам

*Кальциевая соль гомопантотеновой кислоты улучшает обменные процессы в мозге, повышает устойчивость мозга к*

364

*гипоксии.* В эксперименте пантогам оказывает выраженное про-тивосудорожное действие на разных моделях медикаментозных судорог. Препарат обладает анальгетическим действием, активизирует умственную деятельность, физическую работоспособность. Препарат усиливает биоэнергетику головного мозга. Применение препарата полностью устраняет астенические и вегетативные расстройства, «выравнивает» настроение, улучшает память.

При приеме внутрь пантогам быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта и хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер с максимумом концентрации в мозге через час после приема. Препарат не кумулируется в организме, малотоксичен.

В неврологической клинике у взрослых показано противосудорожное, седативное действие пантогама, сравнимое с действием транквилизаторов. В педиатрии пантогам начали применять для лечения детей с умственной недостаточностью, олигофренией, задержкой развития речи, заиканием, при некоторых формах эпилепсии, двигательных расстройствах (гиперкинезах), треморе, а также при реабилитации детей, перенесших нейроинфекции, черепно-мозговую травму.

Несмотря на сходство областей применения пантогама и пирацетама, пантогам положительно влияет при неврологических и неврозоподобных состояниях.

#### 4) Фенибут

Относится к производным ГАМК и является *первым отечественным транквилизатором с оригинальным спектром психотропного действия.* Обладает антигипоксическим действием, предупреждает развитие отека мозга (экспериментально-

го), снижает отношение лактат/пируват в мозге, способствует процессам окислительного фосфорилирования, регулирующему влиянию коры на подкорковые структуры.

У детей фенибут начали с успехом применять для лечения заикания и синдрома навязчивых состояний. Ю. А. Лийвамяги применил фенибут и ноотропил для лечения детей с энурезом (25 человек). После этого у многих детей исчезли невротические явления и уменьшилась частота энуреза, у 4 детей ночное недержание мочи исчезло совсем и не возобновлялось.

В общем препарат назначают для успокоения чрезмерно возбудимых детей и детей невротиков, при логоневрозах, тиках органического и функционального происхождения.

365

#### 5) Аминалон

Это препарат ГАМК — медиатора торможения ЦНС. Из кровеносного русла в мозг он проникает очень мало, лишь после введения высоких доз некоторые его количества обнаруживаются в мозговой ткани.

Аминалон хорошо расширяет сосуды головного мозга и при этом улучшает его кровоснабжение, способствует восстановлению нарушенных гипоксией функций.

У детей аминалон преимущественно используют для ликвидации последствий перинатальной патологии мозга, нарушений умственного развития.

Иногда после приема препарата отмечают чувство жара, нарушения сна, рвоту.

б) *Пиридитол (энцефабол, пиритинол, пиритиоксин)* Дискульфидное соединение двух молекул пиридоксина. Пиридитол обладает выраженной *психотропной и слабой (0,1% по отношению к пиридоксину) активностью*. Он оказывает разнонаправленное влияние на функцию ЦНС: с одной стороны, усиливает активность таких адреносенсибилизирующих средств, как фенамин, а с другой — оказывает седативное действие, понижает чрезмерную спонтанную активность, ориентировочную реакцию, потенцирует эффект снотворных и про-тивосудорожных средств, в частности фенобарбитала. Он способен подавлять в печени деметилирование ряда лекарственных средств. В связи с этим требуется большая осторожность при одновременном применении пиридитола и других нейротроп-ных средств. Пиридитол активизирует метаболизм в ЦНС, способствует проникновению глюкозы через гемагоэнцефалический барьер. Очень важна его способность повышать устойчивость мозговой ткани к кислородной недостаточности. Он защищает мозг от гипоксии, способствует утилизации кислорода мозгом, увеличивает включение фосфатов в РНК.

В педиатрии пиридитол применяют реже, чем пиррацетам, преимущественно при лечении детей с перинатальным поражением головного мозга, энцефалитами и другими нейроин-фекциями, с нарушением умственного развития. Его прием способствует более быстрой и полной ликвидации патологических изменений в деятельности мозга. При длительном применении препарата может сказаться его адренопозитивное влияние на ЦНС, что проявится в усилении синдрома гипервозбудимости, проявлении бессонницы, раздражительности, тошноты,

366

головной боли. Препарат противопоказан детям с интенсивной психомоторной возбудимостью, эпилепсией.

### СВДАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

#### 1) Фенозепам

Является одним из лучших *отечественных транквилизаторов бензодиазепинового ряда*, высокоактивный препарат. Превосходит другие подобные препараты по силе транквилизирующего и анксиолитического действия. Усиливает действие снотворных и наркотических средств. Феназепам применяют при различных невротических, неврозоподобных и психопатических состояниях, в связи с чем он широко используется при медикаментозном лечении детей с ММД.

#### 2) Мепробамат

Оказывает миорелаксирующее действие, связанное с торможением передачи возбуждения на уровне вставочных нейронов спинного мозга, таламуса и гипоталамуса. Оказывает общее успокаивающее действие на ЦНС, усиливает действие снотворных и обезболивающих средств, обладает противосудорожной активностью. На вегетативный отдел нервной системы выраженного действия не оказывает, непосредственно не действует на сердечно-сосудистую систему, дыхание, гладкую мускулатуру. Мепробамат используют при неврозах и неврозоподобных состояниях, протекающих с раздражительностью, возбуждением, тревогой, страхом, аффективной напряженностью, нарушениями сна, при психоневротических состояниях, связанных с соматическими заболеваниями, а также при заболеваниях, сопровождающихся повышением мышечного тонуса.

3) *Сибазон (реланиум, седуксен, диазепам)* Применяется при лечении невротических, неврозоподобных и психопатоподобных состояний. Дает хороший эффект при навязчивых состояниях и фобиях, уменьшает чувство страха, тревоги, аффективной напряженности. Способствует нормализации сна. Используется как дополнительное средство при различных проявлениях аллергодерматозов.

#### УСПОКАИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА

К числу более употребительных препаратов, используемых при лечении МДМ, относятся бромиды, ново-пассит, настойка валерианы, настойка пиона, настойка пустырника и седатив-ные травы.

367

##### 1) *Бромиды (натрия бромид, калия бромид)*

Обладают свойством концентрировать и усиливать процессы торможения в коре головного мозга. В связи с этим они находят применение при синдроме гипервозбудимости, неврозах, истерии, повышенной раздражительности, бессоннице, а также эпилепсии и хорее.

##### 2) *Ново-пассит*

Представляет собой комбинированный препарат, состоящий из комплекса экстрактов лекарственных трав и гвайфенезина. Оказывает седативное и анксиолитическое действие, расслабляет гладкие мышцы. Препарат устраняет страх и уменьшает психическое напряжение. Используется в коррекционной терапии МДМ, когда имеют место нарушения памяти, повышенная нервно-мышечная возбудимость, вегетативно-сосудистая дистония, а также дерматозы, сопровождающиеся зудом (атопическая экзема, крапивница, нейродермит и т. д.).

##### 3) *Настойка корневища валерианы*

Содержит эфирное масло, главную часть которого составляет сложный эфир борнеола и изовалериановой кислоты, свободную валериановую кислоту и борнеол, алкалоиды, дубильные вещества, сахара и другие вещества. Препараты валерианы уменьшают возбудимость ЦНС, усиливают действие снотворных, обладают спазмолитическим свойством. Применяют как успокаивающее средство при неврозах, нервном возбуждении, спазмах желудочно-кишечного тракта и т. д. самостоятельно или в сочетании с другими средствами успокаивающего или сердечного действия.

##### 4) *Настойка пиона*

Оказывает успокаивающее действие, в связи с чем применяется при неврастении, бессоннице и вегетативно-сосудистых нарушениях.

##### 5) *Настойка пустырника*

Применяется в качестве успокаивающего средства при повышенной нервной возбудимости, сердечно-сосудистых неврозах и вегетативно-сосудистых дистониях.

в) *Препараты седативных трав (пустырника, корневища валерианы, вереска, донника, зверобоя, ландыша майского, ромашки и др.)*

В лечении детей с МДМ используется недостаточно широко, что не оправдано. Дело в том, что эти препараты можно использовать длительно, без отрицательных эффектов, они не требуют

368

строгой дозировки, могут готовиться в домашних условиях, заготавливаться родителями и, кроме всего прочего, являются продуктами этнически близкими. Достоинствами этих препаратов являются их высокая эффективность, «мягкость» действия и возможность длительного применения.

#### ДИУРЕТИКИ

Препараты диуретического действия используют при необходимости посиндромного лечения МДМ. Обычно эта необходимость возникает при синдроме внутричерепной гипертензии, когда имеет место абсолютная или функциональная недостаточность резорбции спинномозговой жидкости.

1) *Диакارب (Этамокс, фонурит, ацетазоламид)* Тиазидный диуретик, обладающий выраженным мочегонным свойством. Мочегонный эффект связан с блокированием карбоангидразы — фермента, функционирующего в канальцах почек, эндотелиальных сплетениях желудочков головного мозга, в слизистой оболочке желудка, эритроцитах и пр. Фермент катализирует взаимодействие  $\text{CO}_2$  с  $\text{H}_2\text{O}$  и образование  $\text{H}_2\text{CO}_3$ , которая затем диссоциирует на  $\text{HCO}_3^-$  и  $\text{H}^+$ . В канальцах почек  $\text{H}^+$  секретруется в их просвет в обмен на реабсорбируемый натрий, а  $\text{HCO}_3^-$  частично реабсорбируется, а частично выводится с мочой. При блокаде карбоангидразы этот процесс нарушается: повышается экскреция дочками натрия (до 3—5% от профильтровавшегося) вместе с водой. Угнетение фермента в эндотелии сосудистого сплетения и капиллярах мозга дает два эффекта: снижение продукции спинномозговой жидкости и секреции  $\text{HCO}_3^-$ .

При применении тиазидов усиливается потеря калия. Выведение натрия из организма при использовании тиазидов больше, чем воды, поэтому при длительном применении не исключена возможность развития дефицита калия и гипонат-риемия. Кроме того, при их применении в связи со снижением экскреции кальция возможна гиперкальциемия. К числу других побочных эффектов (хотя и нечасто) относят метаболический алкалоз, гипофосфатемия, гиперлипидемию и ги-перурикемию.

Диакارب быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта с пиком концентрации его в крови через 2 часа после приема. После введения диакарба гидрокарбонаты выводятся более интенсивно, чем хлориды, моча становится щелочной, в результа-

369

те чего у ребенка может развиваться гиперхлоремический ацидоз.

Детям, которые перенесли черепно-спинальную травму во время родов, со склонностью или при наличии гипертензионно-но-гидроцефального синдрома диакарб дают и после окончания неонатального периода в течение первых 3 месяцев жизни, а далее — по показаниям.

Диакارب оказывает противоэпилептическое действие при некоторых видах малых припадков. Этот эффект объясняют, во-первых, развитием в ткани мозга ацидоза, а, во-вторых, увеличением концентрации  $\text{CO}_2$  в нейронах и межклеточной жидкости из-за уменьшения активности карбоангидразы.

#### 2) *Фуросемид (лазикс)*

Производное антрапиловой кислоты — относится к числу так называемых петлевых диуретиков. Он дает два эффекта — мочегонный и сосудорасширяющий (в основном расширение вен). Оба эффекта связаны с расширением активности простагландинов. Расширение вен увеличивает их вместимость, снижает преднаг-рузку на сердце, что способствует более эффективной его деятельности. Мочегонный эффект фуросемида заключается в удалении избытка воды и натрия из организма. Побочные неблагоприятные эффекты фуросемида возникают при использовании очень высоких доз либо при длительном применении. Наиболее часто можно наблюдать обезвоживание и

гиповолемию, расстройства электролитного баланса: гипокалиемию, гипонатриемию, гипохлоремию, гипохлоремический и гипокалиемический алкалоз, аномалии минерализации костей, нефрокальциноз при длительности лечения более 12 дней, ототоксичность, приводящую как к транзиторной, так и к постоянной потере слуха. Ототоксичность фуросемида особенно опасна для детей с массой тела при рождении менее 1,5 кг.

### 3) *Триампур композитум*

Препарат средней эффективности, в состав которого входят гидрохлортиазид и триамтерен. Оказывает диуретическое и гипотензивное действие. Увеличивает выведение из организма ионов натрия, хлора и эквивалентных количеств воды.

### ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Их спектр достаточно широк. Однако следует помнить, что *применение этих препаратов — лишь посиндромная терапия,*

370

которая не устраняет основных расстройств, вызванных травмой, инфекцией и т. д. и связанных в первую очередь с перинатальной энцефалопатией. Поэтому препараты этой группы будут уменьшать проявления аллергии, но никак не устранять ее совсем.

Из большого числа веществ, обладающих противоаллергическим действием, в первую очередь используют антигистамин-ные препараты, которые не влияют на синтез и выделение гис-тамина, в избытке синтезирующегося при многих формах аллергии, а конкурируют с ним за обладание рецептором. Различают H1-блокаторы (димедрол, тавегил, супрастин, дипразин, фенкарол, диазолин, диметон) и H2-блокаторы (циметидин, ра-нитидин, фамотидин).

*H1-блокаторы* связываются с гистаминовыми рецепторами глазных мышц, сердца, капилляров, препятствуют (или уменьшают) повышению тонуса мускулатуры кишечника, бронхов, матки, понижению артериального давления, увеличению проницаемости капилляров, развитию гиперемии, отека и зуда. В связи с этим их применяют при различных аллергических состояниях (крапивница, ангионевротический отек, сенная лихорадка, аллергический ринит, конъюнктивит). Они неэффективны при анафилактическом шоке, приступах бронхиальной астмы (астматическом бронхите), поскольку являются конкурентными (но не физиологическими) антагонистами гистами-на и не устраняют его эффектов.

Многие из этих препаратов дают седативный и снотворный эффект (димедрол, дипразин, супрастин, в меньшей степени фенкарол и тавегил), потенцируют действие анестетиков и се-дативных средств.

H1-блокаторы угнетают иммунную фазу аллергического процесса и при длительном применении уменьшают продукцию антител. Поэтому их применение не имеет смысла, если у больного отсутствуют проявления аллергического процесса. Иными словами, широко распространенное мнение о необходимости применения H1-блокаторов для профилактики аллергических реакций при простудных заболеваниях не имеет серьезных оснований.

Одним из современных и широко применяемых блокаторов H1-рецепторов является кларитин (лорагадин). Его противоаллергический эффект развивается через 30 минут после приема препарата и сохраняется 24 часа. Прием пищи никак не влияет

371

на абсорбцию активного вещества кларитина. Препарат в составе комплексного лечения используется при аллергических зудящих дерматозах, хронической экземе и нейродермите у детей с МДМ.

*H2-блокаторы* препятствуют действию гистамина на различные отделы желудочно-кишечного тракта, в связи с чем их назначают при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эзофагитах, гастритах, дуоденитах и различного рода дискинезиях.

Выраженной противоаллергической активностью обладают *гормональные препараты*, в первую очередь гормоны коры надпочечников (глюкокортикоиды: кортизон, гидрокортизон) и их синтетические аналоги (преднизон, преднизолон, дексаметазон, синалар, локакортен). Гормональные препараты очень эффективны при системных аллергодерматозах на период их применения. Однако их использование всегда заставляет задуматься о нежелательных резорбтивных эффектах и обратном влиянии на собственные эндокринные железы. В этом плане для наружного применения более предпочтительны синалар и локакортен, поскольку они практически не всасываются через кожу и не оказывают резорбтивного действия.

Значительно сложнее ситуация, когда у ребенка на фоне проявлений системного аллергодерматоза (иногда, может быть, и незначительных) начинаются проявления легочной аллергии: вначале приступы астматического бронхита, а затем — бронхиальной астмы. Они характеризуются рецидивами обструкции бронхов, проявляющимися в виде приступов удушья.

Обструкция бронхов возникает вследствие острого спазма гладкой мускулатуры бронхов, отека слизистой оболочки мелких бронхов, закупорки бронхов мокротой. Провоцирующими факторами являются любые острые респираторные вирусные инфекции, интеркуррентные заболевания, психоэмоциональные нагрузки, бесконтрольное применение симпатомиметиков, резкое снижение или отмена стероидных гормонов. В этих случаях наряду с горячими ножными ваннами применением бронхолитических препаратов и введением эуфиллина применяют препараты типа преднизолола и дексаметазона для достижения надежного десенсибилизирующего эффекта. Указанные средства оказывают противовоспалительное, противоаллергическое, иммуносупрессивное, антиэкссудативное и противозудное действие.

372

Их иммуносупрессивное действие связано с торможением высвобождения цитокинов из лимфоцитов и макрофагов. Другие эффекты обуславливаются стабилизацией клеточных мембран, мембран органелл, лизосом, снижением проницаемости капилляров, улучшением микроциркуляции.

Используя гормональные препараты, следует всегда иметь в виду, что даже их кратковременное применение, сопровождающееся резорбтивным действием, оставляет глубокий и долгий «след» в организме, закодированный в геноме «заинтересованных» клеток.

#### ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

*Фенобарбитал* (люминал) является базисным противосудорожным препаратом, эффективен почти при всех видах судорог. Назначается внутрь, иногда используется как седативное и снотворное средство.

*Дифенин* оказывает противосудорожное действие без выраженного снотворного эффекта. Применяется при эпилепсии, в основном при больших судорожных припадках. Стимулирует эмоциональные и психические реакции, поэтому его не рекомендуется назначать возбудимым и расторможенным детям. Вместе с тем на практике нередко используют сочетание дифенина с люминалом.

*Хлоракон* применяют при различных судорожных припадках: больших судорожных, малых пропульсивных, аб-сансах, психомоторных припадках. Этот препарат может назначаться в сочетании с другими противосудорожными средствами.

*Бензонал* близок по действию к люминалу, но, в отличие от него, не дает выраженного снотворного эффекта. Оказывает также слабое стимулирующее действие, улучшает умственную работоспособность и концентрацию внимания.

*ГексамиЭин* эффективен прежде всего при больших судорожных приступах. Является сильным противосудорожным средством. Снотворным эффектом не обладает, но часто провоцирует побочные действия в виде головных болей, нарушений равновесия, тошноты, изменений формулы крови.

*Карбамазепин* (финлепсин, тегретол) — противосудорожный препарат широкого действия, оказывает также психотропный эффект в виде повышения настроения и работоспособности. Среди побочных явлений наиболее частые: потеря аппети-

373

та, сухость во рту, тошнота, сонливость, нарушения координации движений.

В качестве противосудорожных средств используются также *диазепам*, *радедорм* и многие другие препараты.

Родители внимательно наблюдают за ребенком в процессе лечения и сообщают результаты своих наблюдений за состоянием его здоровья врачу, помогая ему подобрать адекватное лечение.

Педагог и психолог также работают в тесном сотрудничестве с врачом, добиваясь большей эффективности психолого-педагогической коррекции.

374

#### Приложение V

##### Программа создания единой государственной системы

##### раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии

Система раннего выявления и ранней специальной помощи призвана оказывать психолого-педагогическую поддержку детям с отклонениями в развитии, их родителям и специалистам. Ее функционирование в масштабах всей страны обеспечит каждой семье возможность своевременной, а именно ранней медико-психолого-педагогической диагностики развития ребенка, определения его специальных психологических и образовательных потребностей, создаст условия для эффективного преодоления или коррекции отклонений в развитии ребенка с первых дней жизни.

*Актуальность и необходимость* создания системы определяется двумя основными факторами:

♦ в стране сложилась специфическая *демографическая ситуация*, тревожащими характеристиками которой являются не только снижение рождаемости, но и уменьшение доли рождения здоровых, физиологически зрелых детей, повышение показателей осложненных родов и отклонений в развитии врожденного или/и перинатального генеза; в этой связи актуальность приобретает именно ранняя диагностика отклонений в развитии и их своевременная коррекция;

♦ ратификация Российской Федерацией в 1991 г. Деклараций ООН «О правах умственно отсталых лиц» (1971 г.) и «Оправах инвалидов» (1975 г.) свидетельствует, что *ценностные ориентации государства и общества* заключаются в гарантировании прав граждан и предоставлении им возможностей социальной адаптации и развития, активного участия в жизни общества и наиболее полной реализации своей индивидуальности. Такие возможности должны быть предоставлены с самого раннего детства каждому ребенку, в том числе и детям с отклонениями в развитии.

В стране существуют серьезные предпосылки для комплексного решения указанных проблем — преодоления угрожающей демографической ситуации, с одной стороны, и обеспечения прав граждан на развитие, социальную адаптацию и само-

375

реализацию, с другой стороны. К числу этих предпосылок относится прежде всего достаточно *высокий уровень научной раз-работанности* проблемы диагностики и коррекции отклонений в развитии у детей раннего и дошкольного возраста, эффективность получаемых специалистами результатов. Кроме того, необходимость создания системы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии отчетливо ощущается специалистами смежных отраслей науки и практики, готовых осуществлять в этой сфере *активное междисциплинарное взаимодействие*.

Таким образом, появилась необходимость решения проблемы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии у детей и возможность создания для этого *единой*

*системы*, работающей на федеральном уровне и предполагающей: •• максимально раннее выявление и диагностику особых нужд

и особых образовательных потребностей ребенка; ♦♦ устранение разрыва между моментом определения первичного отклонения в развитии ребенка и началом целенаправленного обучения;

•> расширение временных границ специального образования: нижняя граница — первые месяцы жизни; верхняя граница — вся жизнь;

•• непрерывность процесса обучения и его выход за рамки школьного возраста с включением специальных мероприятий в дошкольном и даже раннем возрасте; ♦ выделение комплекса специальных коррекционно-развивающих задач (которые не включаются в содержание образования нормально развивающегося ребенка того же возраста); •> построение системы необходимых «обходных путей» обучения, использование специфических методов, приемов, средств обучения;

\*> более дифференцированное, пошаговое обучение, которое в большинстве случаев не требуется в образовании нормально развивающегося ребенка;

♦♦ значительно более глубокую, чем в массовом образовании, дифференциацию и индивидуализацию обучения, особую организацию образовательной среды — обязательное включение родителей в коррекционный и образовательный процесс и их особую целенаправленную подготовку силами специалистов.

376

Многие из перечисленных выше аспектов уже получили определенное развитие в системе образования, здравоохранения и социальной защиты, важнейшей задачей совершенствования специального образования, преодоления его экстенсивного характера является достраивание *отсутствующего звена* (нового структурного элемента, нового базиса) — *системы раннего выявления и ранней комплексной медико психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии ребенка*, которая должна быть неотъемлемой частью специального образования.

Наличие ранней комплексной помощи ребенку позволяет *эффективно компенсировать отклонения* в психическом развитии малыша группы риска (в результате коррекции в раннем возрасте до 30% детей к 6 месяцам достигают показателей нормы, у 90% детей наблюдается стойкий положительный эффект) и, следовательно, позволит сократить долю детей, которые по достижении школьного возраста будут нуждаться в специальном образовании в условиях специализированных учреждений. Своевременная помощь и коррекция дают исключительную возможность «сгладить» имеющиеся недостатки и проблемы в развитии, а в ряде случаев даже устранить их, обеспечив тем самым полноценное развитие ребенка.

*Результаты отечественных и зарубежных научных исследований и практика* со всей очевидностью показывают: раннее выявление и ранняя комплексная коррекция отклонений в развитии с первых дней жизни позволяют предупредить появление отклонений в развитии вторичной и третичной природы, скорригировать уже имеющиеся трудности и в результате — значительно снизить степень социальной недостаточности детей-инвалидов и детей с отклонениями в развитии, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество.

*Базовой предпосылкой* разработки данной системы является созданный в предшествующие десятилетия на основе проведенных пролонгированных научных исследований задел в виде *программ выявления и ранней комплексной коррекции* определенных отклонений в развитии детей (например, модель системы раннего выявления и ранней комплексной помощи детям с нарушением слуха). Разработаны и внедрены отдельные *региональные модели* (программа абилитации младенцев, г. Санкт-Петербург и др.). в различных научных и практических учреждениях системы здравоохранения и образования накоплен *многолетний*

*опыт оказания комплексной помощи* детям младенческого и раннего возраста и семьям, их воспитывающим.

Анализ имеющегося отечественного опыта показал *результативность* построения и внедрения *программ раннего выявления иранней комплексной коррекции* отдельных отклонений в развитии. Вместе с тем сопоставление зарубежного и отечественного опыта убедительно доказывает, что для максимально оперативного и эффективного решения поставленной задачи — создания нового структурного звена системы образования детей с отклонениями в развитии, — очевидна *неперспективность* стратегии, направленной на разработку *частных моделей* раннего выявления и ранней коррекции отдельных отклонений в развитии.

Прорыв в решении поставленной проблемы может быть достигнут только при переходе от стратегии накопления частных моделей и их механического соединения — к стратегии разработки на основе созданных предпосылок *общей базовой модели единой государственной системы раннего выявления* детей с отклонениями в развитии и обеспечения ее структурой комплексной помощи, адекватной специальному образованию нового типа. Таким образом, *ведущим принципом* построения системы является путь «от *общей модели к частным*». При этом не предполагается отказ от ранее созданных частных моделей: такие модели должны быть реконструированы и обогащены на основе базовой модели, их функционирование должно быть поддержано и унифицировано, включено в единую структуру.

Разработка стратегий и тактики создания единой системы раннего выявления отклонений в развитии и обеспечения вариативной помощи выявленным детям и их семьям является *целью* данной программы.

#### *Основные задачи программы*

*Анализ* состояния проблемы раннего выявления и ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии и создание надежной *информационной базы* для разработки стратегии.

*Определение методологии* и разработка принципов построения базовой модели единой системы раннего выявления и комплексной помощи детям с различными отклонениями в развитии. Определение принципов построения вариативных моделей на основе базовой модели. -

*Проектирование базовой модели* единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с различными отклонениями в развитии.

Научно-методическая *разработка недостающих технологических звеньев* существующих моделей на основе базовой.

*Проектирование на основе базовой модели новых вариантов частных моделей* для разных категорий детей с отклонениями в развитии и для разных региональных условий.

*Экспериментальная апробация* разработанных моделей единой системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии с целью отработки механизмов взаимодействия различных структурных компонентов системы.

*Совершенствование моделей* единой системы на основе результатов экспериментальной апробации.

Определение *всей совокупности условий* для внедрения разработанной единой системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии (нормативно-правовое обеспечение, подготовка кадров, информационное обеспечение, методическое и технологическое обеспечение, программа формирования адекватного отношения микро- и макросоциумов к проблеме раннего выявления и ранней помощи детям с отклонениями в развитии).

Разработка *поэтапной пролонгированной государственной Программы мер* по обеспечению внедрения единой системы раннего выявления и помощи детям с

отклонениями в развитии на всей территории Российской Федерации. Разработка новой специализации для систем подготовки и переподготовки специалистов разного профиля (медиков, психологов, педагогов, педагогов-дефектологов, социальных педагогов) для работы в системе раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии.

#### *Планируемые результаты*

Создание *базовой модели единой системы* раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии.

*Модельная реализация* единой системы раннего выявления и помощи детям с различными отклонениями в развитии на экспериментальных площадках.

*Разработка проекта* программы единой системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии (*с подпрограммами*: «Нормативно-правовое обеспечение системы»),

379

«Финансово-экономическое обеспечение», «Система подготовки и переподготовки кадров», «Информационное обеспечение», «Научно-методическое обеспечение», «Стратегия формирования адекватного отношения микро- и макросоциумов к проблеме раннего выявления и ранней помощи детям с отклонениями в развитии»).

Программа рассчитана на 2000—2010 гг.

Реализация Программы будет осуществляться через систему *конкретных межведомственных мер* правового, кадрового, научного и программно-методического обеспечения.

Комплекс научных исследований, программно-методических разработок и проектов по подготовке, переподготовке, повышению квалификации кадров и развитию информационных структур, обеспечивающих Программу, предполагается осуществлять через создание *временных научно-исследовательских коллективов*. В условиях ограниченного финансирования образования представляется необходимым максимально *обобщить, систематизировать и востребовать* уже наработанный научно-исследовательскими коллективами научный и практический материал, придав ему *статус нормативных документов*.

Важнейшим механизмом обеспечения функционирования Программы является придание ей *межведомственного, а затем государственного статуса*. Главным принципом реализации программы должен стать принцип сотрудничества различных *заинтересованных ведомств, учреждений, академических институтов, вузов, региональных органов управления* при их долевом финансировании. Координацию и контроль выполнения Программы, при условии ее межведомственного статуса, необходимо осуществлять через организацию Межведомственного координационного совета, делегировав ему организационные, координационные и контрольные функции.

#### *Этапы программы*

1 этап

Анализ состояния проблемы раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии

*Цель*: анализ состояния и перспектив развития системы раннего выявления и ранней специальной помощи для выявления имеющихся и определения недостающих научно-практических разработок при создании базовой модели (и ее вариантов) систе-

380

мы раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии.

*Комплексный анализ* состояния нормативно-правовой базы региональных учреждений, осуществляющих раннее выявление и специальную помощь детям с отклонениями в развитии (2000—2002 гг.).

*Сравнительный анализ социо-культурных детерминант* процесса становления и развития государственных систем раннего выявления и специальной помощи детям с разными отклонениями в развитии (2001—2003 гг.).

*Анализ состояния научных исследований* в области разработки систем раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии (2001—2002 гг.).

*Анализ разработанных моделей* и систем раннего выявления и специальной помощи детям:

— анализ и систематизация имеющихся и признанных западных моделей систем раннего выявления и специальной помощи;

— анализ отечественного опыта переноса западных моделей раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии;

— сбор и первичный анализ отечественного регионального опыта создания систем раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии;

— сбор и первичный анализ отечественного регионального опыта создания отдельных компонентов системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии (2000—2003 гг.).

*Анализ состояния научных исследований* в области медицины, психологии и педагогики, связанных с проблемой раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии (2001—2004 гг.). Анализ имеющегося инструментария, методик, технологий раннего выявления и специальной помощи семье, воспитывающей проблемного ребенка раннего возраста:

— анализ нейрофизиологических и клинических методов ранней диагностики отклонений в развитии детей;

— анализ современного психологического инструментария в аспекте раннего выявления отклонений в развитии и оказания эффективной специализированной помощи;

— анализ психолого-педагогических технологий ранней помощи семье и проблемному ребенку;

381

— анализ состояния отраслевых разработок в области содержания подготовки, переподготовки и повышения квалификации (на разных уровнях) специалистов для системы; раннего выявления и специальной помощи детям с различными отклонениями в развитии (2000—2004 гг.).

II этап

Разработка научно-методологических основ построения общей модели единой системы раннего выявления и специальной помощи детям с различными отклонениями в развитии

*Цель:* определение теоретико-методологических основ построения общей модели единой системы раннего выявления и специальной помощи детям с различными отклонениями в развитии и стратегии ее развития в современном обществе.

Описание и разработка методологических основ и принципов построения общей базовой модели системы выявления и ранней помощи детям, стратегии ее развития (2003—2005 гг.). Описание и разработка методологических основ и принципов построения вариантов общей базовой модели, включая системную модель, основанную на принципиально новом типе взаимодействия специалистов, его семьи и ближайшего окружения (2003—2005 гг.).

III этап

Проектирование общей базовой модели единой государственной системы

*Цель:* разработка проекта общей базовой модели единой государственной системы развития на основе базовой модели (2004—2006 гг.). Разработка концептуальных основ преобразования государственной системы дошкольного воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии с учетом построения нового базиса — системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии (2004—2006 гг.).

#### IV этап

##### Научно-методическое и технологическое обеспечение спроектированных моделей единой системы

*Цель:* достраивание структурных звеньев и отдельных компонентов до минимально достаточного уровня, обеспечивающего возможность начала экспериментальной реализации моделей единых систем, раннего выявления и помощи.

*Методическое обеспечение* недостающих диагностических и коррекционных технологий для соответствующих компонентов спроектированных моделей-системы:

— разработка номенклатуры факторов риска и единой скрининг-технологии с целью выявления детей с подозрением на отклонения в развитии;

— совершенствование методов и методик диагностики индивидуального развития;

— совершенствование методов и методик комплексной медико-психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии ребенка в контексте индивидуального развития;

— инновационные технологии взаимодействия разных специалистов, участвующих в процессе выявления, диагностики и оказания помощи ребенку с отклонением в развитии, во взаимодействии с семьей, воспитывающей ребенка;

— совершенствование системы взаимодействия специалистов с семьей, воспитывающей ребенка с отклонением в развитии (2000—2010 гг.).

Подготовка *нормативно-правового обеспечения* модельной реализации разработанных систем раннего выявления и оказания помощи детям с отклонениями в развитии (2004—2010 гг.). Проектирование компонента обучения, отсутствующего в ныне действующей системе курса профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров специалистов разного профиля (медиков, психологов, педагогов, педагогов-дефектологов, социальных педагогов), связанного с ранним выявлением и оказанием помощи детям с отклонениями в развитии и обязательного для всех специальностей и специализаций в рамках профиля:

— проведение структурных и содержательных изменений в системе повышения квалификации специалистов разного профиля (медиков, психологов, педагогов, педагогов-дефектологов, социальных педагогов) для работы в системе раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии с учетом вариативных моделей ее функционирования;

— проведение структурных содержательных изменений в системе переподготовки специалистов разного профиля (медиков, психологов, педагогов, педагогов-дефектологов, социальных педагогов) для работы в системе раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии с учетом вариативных моделей ее функционирования (2003—2010 гг.).

#### Уэтап

##### Экспериментальная апробация разработанных моделей единой системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии

383

*Цель:* отработка механизмов взаимодействия различных структурных компонентов системы. Апробация разработанных моделей единой системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии (2003—2008 гг.). Внедрение уточненной модели единой системы раннего выявления и помощи детям с отклонениями в развитии на дополнительных экспериментальных площадках (2005—2008 гг.).

#### VI этап

##### Совершенствование моделей единой системы на основе результатов экспериментальной апробации

*Цель:* разработка организационно-методического обеспечения моделей системы раннего выявления и специальной помощи детям.

Совершенствование *организационной структуры* экспериментальных моделей (2008—2010 гг.).

Совершенствование *методического обеспечения* экспериментальных моделей (2008—2010 гг.).

Подготовка окончательного варианта и схем создания *базовой модели* ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии *для различных региональных условий* (2009—2010 гг.).

Предлагаемый проект подготовлен рабочей группой, созданной при отделе практической психологии и охраны здоровья Министерства образования РФ.

384

Приложение VI Примерная учебная программа для студентов высших учебных заведений по дисциплине «Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии»\*

1. Пояснительная записка

В настоящее время в нашей стране, за рубежом социально приемлемым является воспитание детей с отклонениями в развитии, так же как и их здоровых сверстников, с самого рождения в семье. Как показывают многочисленные исследования, таким семьям необходима помощь со стороны государства, общества и специалистов.

С другой стороны, специалисты, работающие с проблемными детьми, нуждаются в помощи родителей ребенка с отклонениями в развитии, так как именно на последних лежит огромный труд по воспитанию и повседневному уходу за ним. Любовь к ребенку стимулирует творческий потенциал родителей, позволяет им дополнить и индивидуализировать методы и приемы, предложенные специалистом.

В последние годы в нашей стране быстро развивается гибкая система интеграции детей с особыми потребностями в общеобразовательные детские учреждения, учитывающая потребности и возможности ребенка и его семьи, расширяющая возможности выбора родителями адекватной стратегии воспитания и обучения своего ребенка.

В связи с этим особенно важной становится проблема новых технологий взаимодействий родителей и специалистов, специалистов и семьи. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью более раннего и активного участия родителей в коррекционно-развивающей работе со своим ребенком. Чем более ранним и интенсивным будет взаимодействие родителей и специалистов, тем оно окажется эффективней.

При этом необходим высокий профессионализм специалистов, наличие у них соответствующих знаний, навыков, умений и нравственной позиции.

В связи с вышесказанным целью дисциплины «Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии» является помочь специалистам в области специальной педагогики и психологии овладеть знаниями, навыками и умениями, сформулировать нравствен-

\* Составитель программы А.Г.Московкина

385

ную позицию, необходимую для работы с семьей ребенка с особыми потребностями, неблагополучной семьей, семьей, воспитывающей ребенка группы риска или приемного ребенка.

*Задачами дисциплины является:*

•> Дать представление студентам о творческих разработках в области семейного воспитания детей с отклонениями в развитии;

•†\* Обучить студентов методам изучения семьи; \*•\* Представить студентам информацию о семьях группы риска; <♦ Ознакомить студентов с методами психотерапии в психо-коррекционной работе с детьми и их родителями на различных этапах семейного цикла;

\*♦\* Ознакомить студентов с арттерапевтическими методами семейной психотерапии;

♦ Ознакомить студентов с информацией, предоставляемой семье в медико-генетической консультации;

♦ Формирование нравственной позиции специалиста по отношению к детям с отклонениями в развитии и их семьям;

<♦ Предоставить информацию об основах компенсирующего воспитания детей с отклонениями в развитии в семье;

♦ Дать представление об основных направлениях и формах взаимодействия специалистов и родителей;

♦ Ознакомить с различными принципами, программами и системой помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии;

•> Ознакомить с методами воспитания детей с различными формами отклонений в развитии в семье.

В процессе изучения дисциплины студенты должны овладеть следующими знаниями, умениями, навыками и уметь использовать их на практике:

•> Знать теоретические основы семейного воспитания детей с особыми потребностями, модели семьи, теории семейного кризиса, концепции семейного воспитания;

♦ Владеть методами изучения семьи и адекватно использовать их;

♦♦ Иметь представление о семьях группы риска, общих проблемах семей, имеющих детей с отклонениями в развитии и путях помощи;

♦♦ Знать и уметь использовать на практике методы психотерапии в психокоррекционной работе с детьми и их семьями, в том числе и метод арттерапии

386

Знать показания для медико-генетического консультирования (МГК) и направлять на МГК семьи, нуждающиеся в этом виде помощи;

Иметь четкую нравственную позицию по отношению к детям с особыми проблемами и их семьям, уметь ее отстаивать и проводить в жизнь;

Знать основные направления и уметь использовать на практике эффективные формы взаимодействия с родителями и другими специалистами;

Иметь представления о различных системах и программах помощи семье, воспитывающей ребенка с особыми проблемами, информировать семью о возможных источниках помощи; Придерживаться положений коррекционной работы с ребенком и его семьей;

Знать задачи, этапы и конкретные формы воспитания детей с особыми потребностями в семье; Знать новые технологии воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии и уметь анализировать их эффективность для каждого конкретного случая.

## 2. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид занятий	В сего часов	Семе стр
<i>Общая трудоемкость (по ГОСТ ВПО)</i>	5 4	//
<i>Аудиторные занятия</i>	5 4	
<i>Лекции</i>	3 6	
<i>Практические занятия (семинары)</i>	1 8	

<i>Лабораторные занятия</i>	—	
<i>Самостоятельные работы (в часах)</i>		
<i>Указать другие виды работы (если есть), в том числе курсовые работы, рефераты</i>		
<i>Вид итогового контроля (зачет, экзамен)</i>		<i>Зачет</i>

### 3. Содержание (темы) дисциплины и виды учебных занятий

№ п/п	Темы дисциплины	Ле	пз
		кции	/с
1.	<i>Теоретические основы семейного воспитания детей с отклонениями в развитии</i>		
1.1.	<i>Предмет, цели, задачи и методы</i>	2	
12.	<i>Теории семейных систем, социально-экологическая модель семьи</i>	2	

387

*Продолжение табл.*

№ п/п	Темы дисциплины	Л	пз
		екции	/с
1.3.	<i>Концепции семейного воспитания детей с отклонениями в развитии</i>	2	
2.	<i>Семья нестандартного ребенка</i>	4	
2.1.	<i>Методы изучения семьи</i>		4
22.	<i>Семьи, группы риска</i>		
2.3.	<i>Психотерапия в коррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии</i>	2	2
2.4.	<i>Основы компенсирующего воспитания детей с отклонениями в развитии в семье</i>	4	2
3.	<i>Воспитание детей с разными формами отклонений в развитии</i>		
3.1.	<i>Ребенок с проблемами интеллектуального развития в семье</i>	4	2
3-2.	<i>Воспитание детей с сенсорными нарушениями в семье (зрения, слуха)</i>	4	2
3.3.	<i>Воспитание в семье детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения</i>	4	2
3.4.	<i>Семейное воспитание детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата</i>	4	2
3.5.	<i>Ребенок с нарушениями речевого развития в семье</i>	4	2

### 4. Содержание программы

Тема 1. Теоретические основы семейного воспитания детей с отклонениями в развитии

### *1.1. Предмет, задачи и методы семейного воспитания*

Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии как наука об особенностях воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии в семье. Предмет семейного воспитания детей с отклонениями в развитии - процесс развития, воспитания и обучения детей младенческого, раннего дошкольного и подросткового возраста с отклонениями в развитии в семье. Целью семейного воспитания детей с отклонениями в развитии является эффективное повышение качества их жизни. Задачи семейного воспитания детей с отклонениями в развитии. Связь семейного воспитания с другими науками, ее комплексный характер. Методы семейного воспитания детей с отклонениями в развитии. Новые технологии семейного воспитания: ранняя педагогическая помощь, сотрудничество специалистов и родителей. 388

### *1.2. Теории семейных систем, социально-экологическая модель семьи*

Структура семьи. Определение понятия семья с точки зрения системного анализа. Характеристики членов семьи, культурный стиль семьи, идеологический стиль семьи. Внутренние стратегии семьи. Разные виды поддержки семьи на разных этапах жизненного цикла. Семейные взаимодействия. Понятия «семейные подсистемы», «сплоченность», «гибкость(адаптивность)», «коммуникация». Модель структуры семьи Олсон. Сбалансированные семьи. Нестабильные, дисгармоничные семьи, семейный конфликт, родительские установки. Жизненный цикл семьи. Стадии и переходы жизненного цикла семьи. Функции семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.

### *1.3. Концепции семейного воспитания детей с отклонениями в развитии*

Исторический аспект. Патриархальная, авторитарная семья, предпринимательская модель семьи и социально приемлемые модели воспитания детей с отклонениями в развитии. Партнерская модель семьи и социально-приемлемые нормы воспитания детей с отклонениями в развитии. Современные подходы к модели семьи. Создание плюралистической семейной модели- Обоснование необходимости государственной и общественной поддержки семьи. Концепция нормализации семейной жизни. Обоснование необходимости организации широкой сети государственных и общественных учреждений для оказания помощи семье, вытекающей из концепции нормализации семейной жизни. Концепция семейного воспитания «Особые дети в России». Основные положения концепции, их обоснование.

## Тема 2. Семья нестандартного ребенка

### *2.1. Методы изучения семьи*

Информация, которую можно получить от родителей. Социологические опросы, интервьюирование, анкетирование. Психотерапевтические приемы и методы психокоррекции, позволяющие одновременно изучать и корректировать педагогические позиции родителей. Изучение опыта семейного воспитания специалистами дошкольного учреждения. Схема сбора сведений о родителях и других членах семьи. Метод наблюдения. Принципы диагностической работы с родителями. Информа-

389

ция, которую можно получить от ребенка. Рисуночные тесты, проективные методы: игровые задания, методики комментирования картинок. Методики завершения рассказа, неоконченных предложений.

### *2.2. Основные характеристики семьи нестандартного ребенка*

Интеграционные тенденции. Реакции родителей. Пути помощи. Отношение в обществе к семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. Семейный алкоголизм. Алкогольный синдром плода. Особенности воспитания ребенка в многодетной семье. Семья ребенка с шизофренией. Обучение приемных родителей уходу за ребенком и стимуляции его развития. Некоторые формы неправильного воспитания,

относящиеся к категории жестокого обращения с детьми, пренебрежение нуждами ребенка (моральное насилие).

### *2.3. Психотерапия в коррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии*

Психотерапия детей дошкольного возраста. Игровая психотерапия. Арттерапия. Психотерапевтический эффект программ домашнего обучения. Методы групповой и индивидуальной психотерапии. Психогигиена семейного воспитания ребенка. Влияние эмоционального стресса на семейные отношения. Информация, которую можно получить в медико-генетической консультации. Ассоциации родителей.

### *2.4. Основы компенсирующего воспитания детей с отклонениями в развитии в семье*

Роль семьи в коррекционном воспитании ребенка. Важность коррекционного семейного воспитания в первые годы жизни ребенка в семье. Особенности психического развития ребенка как основа построения коррекционно-компенсаторного процесса. Основные положения коррекционной работы и взаимодействия специалистов и родителей. Права ребенка, закрепленные в Конвенции о правах ребенка. Право на образование, на сохранение своей индивидуальности. Безоценочное принятие ребенка, понимание его ситуации. Основные формы взаимодействия специалистов и родителей. Современные тенденции интеграции. Задачи и этапы коррекционного воспитания. Значение укрепления здоровья. Единство процессов воспита-

390

ния, обучения и ухода. Нормализация биологического ритма «сон - бодрствование». Как обучить малыша опрятности и развить навыки самообслуживания. Развитие ручных навыков. Режим дня для ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии. Как развивать сенсорные функции и различные виды памяти. Развитие познавательной деятельности, речи и навыков общения. Развитие игровых навыков. Совершенствование двигательных функций и ориентации в пространстве. Организация лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Этапы лечебно-педагогической помощи учреждениями Минздрава, органами социальной защиты, учреждениями Министерства образования и общественными организациями.

## Тема 3. Воспитание детей с разными формами отклонений в развитии в семье

### *3.1. Ребенок с проблемами интеллектуального развития в семье*

Положение ребенка в семье. Стереотипы отношения к умственно-отсталому ребенку учителей и родителей. Основные направления работы специалиста с семьей. Некоторые особые формы интеллектуальных нарушений. Особенности развития. Отношение в обществе. Пути помощи.

### *3.2. Воспитание детей с сенсорными нарушениями в семье*

#### *Ребенок с нарушением слуха в семье*

Причины нарушений слуха. Роль наследственных и экзогенных факторов в происхождении нарушений слуха у детей. Особенности реакции на звук в младенческом возрасте. Особенности психического развития глухого ребенка на первом году жизни. Реакции на звук и голосовые реакции к концу первого полугодия жизни. Особенности локализации звука в пространстве. Особенности моторики. Отставание в развитии предметных действий, сюжетной игры, повышенная прессы-щаемость, неустойчивость функций активного внимания. Особенности поведения у детей с ранним органическим поражением мозга. Реактивные состояния у оглохших детей. Особенности интеллектуального развития и речи. Вторичная парциальная задержка интеллектуального развития, связанная с нарушением слуха. Сочетанные дефекты слуха и интеллекта.

391

Подходы к коррекционно-развивающему воспитанию. Стимуляция слухового восприятия и речевого развития, подключение сохранных анализаторов, раннее использование сурдотех-ники. Задачи и содержание семейного воспитания глухих и

слабослышающих детей в раннем возрасте. Роль семьи в социализации неслышающего ребенка, его интеграции в общество.

*Воспитание ребенка с нарушением зрения в семье* Особенности развития зрительных функций на первом году жизни, их нарушения. Причины неадекватного эмоционального развития ребенка с нарушением зрения. Причины своеобразного снижения результативности интеллектуальной активности у детей с нарушением зрения. Особенности мышления, речи и других предпосылок интеллекта. Структура сложного дефекта при сочетании нарушений зрения и интеллекта. Позиции родителей детей с нарушениями зрения. Ранняя стимуляция психического развития ребенка. Развитие остаточного зрения. Воспитание восприятия частей собственного тела, формирование начальных пространственных представлений, развитие чувствительности пальцев рук. Общие стратегии нормализации жизни семьи. Формы организации работы специалистов детского сада с родителями незрячих детей.

*3.3- Воспитание в семье детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения*

*Воспитание ребенка с нарушениями коммуникативного поведения в семье*

Развитие общения в раннем возрасте. Характеристика детей с аутизмом. Совместная работа специалистов и родителей по воспитанию аутичных детей и подготовке их к взрослой жизни. Причины и механизмы тяжелых форм негативизма. Приемы и методы их преодоления. Примерные темы бесед с родителями аутичных детей. Опыт клубной работы с аутичными детьми в ИКП РАО. Воспитание в семье ребенка с дефицитом внимания и гиперактивностью.

*3.4. Ребенок с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в семье*

Воспитание в семье ребенка с ДЦП. Ранняя стимуляция развития. Коррекция двигательной сферы. Дополнительные нарушения и их коррекция. Система помощи детям с ДЦП. Ребенок

392

с микродистрофией Дюшенна в семье. Современные методы лечения и коррекции. Психотерапевтическая помощь семье.

*3.5. Ребенок с нарушениями речевого развития*

Социальные и биологические причины речевых нарушений. Оценка речевых трудностей психоречевого развития у детей раннего возраста. Ранняя стимуляция доречевого и раннего речевого развития. Развитие начальных навыков общения у ребенка с отставанием речевого развития. Логопедическая работа. Установление контакта с ребенком, стимуляция звукоподражания, развитие пассивного речевого запаса, формирование восприятия звуков речи, развитие фонематического восприятия и операций звукового анализа, развитие слухового контроля, работа над дыханием. Некоторые рекомендации родителям. Примеры заданий для подготовки детей к письменной речи.

Средства обеспечения дисциплины

Оборудование для психолого-педагогического обследования.

Программа составлена в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 032000 «Специальная дошкольная педагогика и психология»\*.

Примерная тематика рефератов и курсовых работ

1. Методы изучения семьи.
2. Концепции семейного воспитания.
3. Теория семейного кризиса.
4. Ребенок с нарушением интеллекта в семье.
5. Воспитание глухого ребенка в семье.
6. Воспитание ребенка с глубоким нарушением зрения в семье.
7. Воспитание ребенка с нарушением общения в семье.

8. Взаимодействие специалистов и родителей при воспитании детей младенческого и раннего возраста с проблемами в развитии в семье.
  9. Новые технологии воспитания и обучения детей с отклонениями развития.
  10. Ранняя педагогическая помощь детям с отклонениями в развитии и их семьям.
- 393
11. Воспитание в семье детей с особыми формами отклонений в развитии.
  12. Ребенок с синдромом Дауна в семье.
  13. Воспитание ребенка с церебральным параличом в семье.
  14. Программы раннего вмешательства в развитие.
  15. Воспитание ребенка с отставанием речи в семье.
  16. Система помощи семьям, воспитывающим ребенка с отклонением в развитии за рубежом.
  17. Система помощи семьям, воспитывающим ребенка с отклонением в развитии в нашей стране.
  18. Советы родителям по воспитанию ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в семье.
  19. Проблема жестокого обращения с детьми.
  20. Воспитание приемных детей с отклонениями в развитии в семье.
  21. Семейный алкоголизм. Пути помощи.
  22. Воспитание детей в семьях с психически больными родителями.
- Примерный перечень вопросов к экзамену
1. Предмет и задачи семейного воспитания детей с проблемами в развитии.
  2. Социально-экологическая модель семьи. Современные подходы к воспитанию и обучению детей с отклонениями в развитии.
  3. Жизненный цикл семьи, имеющий ребенка с отклонениями в развитии.
  4. Структура семьи ребенка с отклонениями в развитии.
  5. Культурный стиль семьи и его влияние на ее адаптацию.
  6. Идеологический стиль и стратегии семьи «особого» ребенка. ■ 7. Динамические характеристики системы семейных взаимоотношений: сплоченность, гибкость, коммуникация.
  8. Сплоченность семьи как одна из динамических характеристик семейных отношений.
  9. Влияние семейных коммуникаций на раннее развитие ребенка с проблемами в развитии.
  10. Этапы и переходы семейного цикла.
  11. Семейные функции. Смена приоритетов на различных стадиях жизненного цикла.
  12. Теории семейного цикла.
  13. Концепция нормализации семейной жизни.
- 394
14. Концепции семейного воспитания детей с отклонениями в развитии.
  15. Исторический аспект изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.
  16. Модель патриархальной и партнерской семьи. Подходы к воспитанию ребенка с отклонениями в развитии.
  17. Плюралистическая модель семьи. Пути помощи в вопросах воспитания ребенка с особыми потребностями.
  18. Общие проблемы семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.
  19. Семьи группы риска.
  20. Психотерапевтическая работа с детьми с отклонениями в развитии дошкольного возраста.

21. Психотерапия в процессе коррекционной работы с ребенком с отклонениями в развитии.
22. Психогигиена семейного воспитания.
23. Психотерапевтические программы работы с родителями.
24. Направления групповых коррекционных занятий.
25. Этапы группового психокоррекционного занятия.
26. Информация, которую родители могут получить в медико-генетической консультации.
27. Формы организации лечебно-коррекционной работы специалистов с семьей.
28. Формы интеграции «особых» детей дошкольного возраста.
29. Основные положения коррекционной работы с проблемным ребенком и его семьей.
30. Новые технологии воспитания и обучения детей в семье.
31. Взаимодействие родителей и специалистов при семейном воспитании детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.
32. Роль семьи в воспитании ребенка с нарушением интеллекта.
33. Позиции родителей и специалистов по отношению к ребенку с нарушением интеллекта.
34. Позиция окружающих по отношению к семье, воспитывающей ребенка с нарушением интеллекта.
35. Система помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонением в развитии.
36. Основные направления коррекционной работы с ребенком с нарушениями интеллекта и его семьей.
37. Особенности воспитания ребенка с нарушением слуха в семье.
- 395
38. Как мать (близкие родственники) должны общаться с ребенком с нарушенным слухом?
39. Какие причины вызывают врожденную глухоту и тугоухость?
40. Назовите общие закономерности развития при нарушениях сенсорной сферы.
41. Особенности воспитания незрячего ребенка раннего возраста в семье.
42. Взаимодействие специалистов и родителей при воспитании детей с сенсорными нарушениями в семье.
43. Признак сенсорной недостаточности у ребенка раннего возраста.
44. Особенности проявления аутизма в раннем детском возрасте.
45. При каких отклонениях в развитии могут формироваться черты аутичного поведения?
46. Взаимодействие специалистов и родителей в процессе воспитания аутичного ребенка.
47. Психотерапевтическая работа с аутичным ребенком и его семьей.
48. Возможные причины негативизма и его коррекция.
49. Роль речи в психическом развитии ребенка.
50. Основные функции речи.
51. Ранняя диагностика нарушений психоречевого развития.
52. Основные причины речевых расстройств.
53. Какие функции по развитию речи могут выполнять родители?
54. Симптомы риска ранних речевых нарушений у детей с церебральным параличом.
55. В чем состоит подготовка к формированию речевых навыков и логопедическая работа при ДЦП?

56. Физическое воспитание ребенка с ДЦП в семье.
57. Развитие навыков самообслуживания у детей с ДЦП в семье.
58. Особенности развития эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП и их коррекция в семье.
59. Воспитание ребенка с миодистрофией Дюшенна в семье.
- 396
- Литература
- Архипова Е.Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. — М., 1989.
- Бадалян Л.О.* Детский церебральный паралич. — Киев, 1988.
- Баенская Е.Ж.\*.* О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста // Дефектология. — 1999. — № 1.
- Баркан А.Л.* Его величество ребенок. — М., 1996.
- 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.
- Белякова И.В., Петрова В.Г.* Дети с отклонениями в развитии. Кто они? — М., 1997.
- Берне Р.С., Кауфман С.Х.* Кинетический рисунок семьи. — М., 2000.
- Брызгунов И.П., Касатикова Е.В.* Непоседливый ребенок. — М., 2001.
- Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев, 1989.
- Буянов М.М.* Ребенок из неблагополучной семьи. — М., 1983.
- Бютнер К.* Жить с агрессивными детьми. — М., 1991.
- Ватсон Л., Маркус Д.* Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. — С.-Пб., 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.
- Гарбузов В.И.* Нервные дети. — Л.: Медицина, 1990.
- Гасперова Е.Л.* Агрессивные дети // Дошкольное воспитание. — 1988. — № 8.
- Гогин М.Т.* Семейное воспитание глубоко умственно отсталых детей // Дефектология. — 1973. — № 6.
- Головчиц Л.Л.* Дошкольная сурдопедагогика. — М., 2001.
- Грибанова Г.Ф.* Гиперактивный ребенок // Дефектология. — 1994. — № 6.
- 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.
- 397
- Добсон Дж.* Непослушный ребенок: Практическое руководство для родителей. — М., 1992.
- 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 ВЛ., Якушин ГЛ.* Основы тифлопедагогики. 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., Мастюкова ЕМ.* Ранние неврологические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей, — М., 1976.
- ЗалралекаяСД.* Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. — М.Д993.
- Запорожец АВ., Невероеич ЯЗ.* К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка // Вопросы психологии. — 1974. — № 6.
- Захаров АЛ.* Неврозы у детей и психотерапия. — С.-Пб., 2000.
- Захаров АМ.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка.—М.,1986.
- Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М., Бабенкова РД.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье. — М., 1985.
- Исаев ДЛ.* Психическое недоразвитие у детей. — Л., 1982,
- Исследование личности детей с нарушениями слуха / Под ред. Т.В.Розановой — М., 1981.*
- Каган В.Е.* Аутизм у детей. — М., 1981.
- Кариес 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.
- Катаева АЛ., Стребелева ЕЛ,* Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1998.
- Кащенко ВЛ.* Педагогическая коррекция. — М., 1994. Клинические основы дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии. Программы для вузов / Под ред. В.И. Селиверстова. — М., 2000.
- Ковалев ВЛ.* Руководство для врачей: Психиатрия детского возраста. — М., 1995.
- КозмюекалГВ^КремневаЛ.Ф.Хкхаогилдвв&дрте&киорросгков.* —М., 1985.
- Кондратов АМ.* Если ребенок не видит. — М., 1991. *Коробейников ИА.И&'оушевия* развития и социальная адаптация.—М.,2002. *Корсунская БД.* Воспитание глухого дошкольника в семье. —М., Просвещение, 1969. -\*—\*\*-.: --
- 398
- Кошелева АД,, Алексеева Л.С.* Гиперактивный ребенок // Начальная школа. — 2002. — № 9.
- Куликова ТА.* Семейная педагогика и домашнее воспитание. —М., 2001.
- Кучма В.Р., Врязгунов ИЛ.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. — М., 1997.
- Кучма ВС., Платонова АС.* Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России: Распространенность, факторы риска и профилактика. — М., 1997.
- 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 BS>., Никольская О.С, Баенская ЕС., Либлинг ММ.* 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 МЛ.* Проблемы онтогенеза общения. — М., 1986.

- Лосева В.К.* Рисуем семью. — М., 1995.
- Лубовский В.Л.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.
- Лурия А.Р.* Язык и сознание. — М., 1979.
- Лятишевский С.С.* Невропатология. Естественнонаучные основы коррекционной педагогики. Учебник для вузов. / Под ред. В.И. Селиверстова. — М., 2000.
- Маковецкая Г.А., Захарова Л.Л.* Ребенок и семья. — Самара, 1994.
- Малофеев Н.Л.* Специальное образование в России и за рубежом. — М., 1996.
- Маллер А.С.* Педагог и семья ребенка-инвалида // Дефектология. — 1995. — № 5.
- Маллер А.С.* Ребенок с ограниченными возможностями. — М., 1996.
- Маллер А.Р.* Специальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. — М., 2000.
- Маллер А.С.* Социально-трудовая адаптация глубоко умственно отсталых детей. — М., 1990.
- Маллер А.С.* Воспитание ребенка с болезнью Дауна в семье // Дефектология. — 1986. — № 4.
- Мамайчук И.И., Мартынов В.Л., Пятакова Г.В.* Социально-психологическое исследование семьи больных ДЦП и психокоррекционная работа с родителями: Психологические исследования в практике  
399  
врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. — М., 1989.
- Мастюкова Е.М., Москоекина А.С.* Основы генетики. Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии. Учеб. пособие для вузов / Под ред. В.И. Селиверстова и Б.П. Пузанова. — М., 2001.
- Мастюкова Е.М.* Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). — М., 1997.
- Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В.* Нарушения речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.
- Мастюкова Е.М., Москоекина А.Т.* Ока ждут нашей помощи. — М., 1991.
- Мастюкова Е.М., Грибанова Г.Л., Москоекина 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.* Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича и медицинское обоснование логопедических мероприятий // Дефектология. — 1979. — № 3.
- Мастюкова Е.М.* Физическое воспитание детей с детским церебральным параличом. — М., 1991.
- Матейчек З.* Родители и дети. — М., 1992.
- Медведева Е.Л., Левченко И.Ж., Комиссарова Л.Л., Добровольская Т.А.* Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. — М., 2001.
- Маховер К.* Проективный рисунок человека. — М., 1996 (2-ое издание).
- Минаева Л.М.* Развитие эмоций дошкольников. — М., 2000.
- Мишина Г.А.* Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушением психофизического развития // Дефектология. — 2001. — № 1.
- Москоекина А.Г., Анисимова И.Л.* Как помочь ребенку с нарушением внимания // Дефектология. — 2000. — № 2.
- Москоекина А.С., Пахомова Е.В., Абрамова А.В.* Изучение стереотипов отношения к умственно отсталому ребенку учителей и родителей // Дефектология. — 2000. — № 1.
- Москоекина А.С., Абрамова А.В.* Особенности зрения и слуха у детей с ограниченными возможностями // Дефектология. — 2001. — № 1.

Назарова Л.П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушением слуха. Учебное пособие для вузов / Под ред. В.И. Селиверстова.— М., 2001.

400

Нейман ЛЛ., Богомильский М.И. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. Учебник 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.

Питерси М., Трилор Р. при участии Керне С. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Пер. с англ. Научная редакция доктора медицинских наук Е.Мас-тюковой. Университет Маккуэри, Сидней. — М., 1997.

Петрова В.С. Роль эмоционально-волевой сферы в познавательной деятельности умственно отсталых учащихся // Эмоционально-волевые процессы и познавательная деятельность умственно отсталых детей. — М., 1993.

Петрова В.Г., Белякова И.Л. Кто они, дети с отклонениями в развитии? — М., 1998.

Помощь родителям в воспитании детей. Пер. с англ. Общая редакция и предисловие д-ра пед. наук В.Я. Пилиповского. — М., 1992.

Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. В.И.Селиверстова. — М., 1997.

Психокоррекция: теория и практика / Под ред. Ю.С. Шевченко, В.П. Добриденя, О.Н. Усановой. — М., 1995.

Развитие речи детей с нарушениями слуха в семье: Методические рекомендации для родителей / Под ред. Э.И. Леонгард. — М., 1985.

Развитие эмоций у детей дошкольного возраста / Под ред. А.В. Запорожца, Я.Е. Неверович. — М., 1986.

Раттер М. Помощь трудным детям. — М., 1999.

Раху А.И. Особенности положения умственно отсталого ребенка в семье // Дефектология. — 1977. — № 4.

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.Л., Цымбал Е.И., Олиференко Л.Я., Иванова Н.А., Деньян-ко И.И. Жестокое обращение с детьми. — М., 1993.

Селиверстов В.М. 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.

407

Серз У. и 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., Хорош С.М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. — М., 1983.

Солнцева Л.Л. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста. — М., 2000.

Специальная педагогика: Учеб. пособие для вузов / Под ред. Н.М. Назаровой. — М., 2000.

- Специальная дошкольная педагогика. Учеб. пособие для вузов. / Под ред. Е.А. Стребелевой. — М., 2001.
- Специальная дошкольная педагогика и психология. Программы для вузов. / Под ред. В.И. Селиверстова. — М., 2001.
- Спиваковская А.С. Как трудно быть родителями, — М., 1986. Спиваковская А.С. Нарушения игровой деятельности. — М., 1980. Спиваковская А.С. Профилактика детских невротозов (комплексная психологическая коррекция). — М., 1984.
- Спок Б. Разговор с матерью. — М., 1991.
- 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. Венс. Как помочь ребенку? — М., 1992.
- Тонкова-Ямпольская Р.В., Голубева Л. Т., Мышкис А.Л. Некоторые вопросы социальной адаптации в раннем детстве. — М., 1979. Торре Делла А. Ошибки родителей. — М., 1993.
- Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М., 1986.
- Уинделл Дж. Дисциплина. 50 надежных способов воспитания детей. — М., 1996.
- Феоктистова В.А. Воспитание слепых детей дошкольного возраста в семье. — М., 1993.
- Филичева Т.Е. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. — М., 1999.
- Финни Н. Ребенок с церебральным параличом. Помощь. Уход. Развитие. Книга для родителей. — М., 2001.
- Фромм М. Азбука для родителей. — Л., 1991.
- Хоментаска Г.Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений // Вопросы психологии. — 1986. — № 1.
- Хомецкая О.В., Трошин В.М. ММД в детском возрасте. — Нижний Новгород, 1995.
- Хорош С.М. Влияние позиции родителей на раннее развитие ребенка // Дефектология. — 1991. — № 3.
- Хорош С.М. Игрушка и ее роль в развитии слепого дошкольника. — М., 1983.
- Хрестоматия. Серия Арттерапия / Составление и общая редакция А.И. Копытина. — С.-Пб., 2001.
- Цикото Г.Л. Об интеллектуальном развитии детей-имбецилов // Дефектология. — 1979. — № 1.
- Цикото Г.Л. О семейном воспитании умственно отсталого ребенка раннего возраста // Дефектология. — 1977. — № 5.
- Черников Л.И. Интегративная модель семейной психотерапевтической диагностики. — М., 1997.
- Эльконин Д.Л. Детская психология: Развитие ребенка от рождения до семи лет. — М., 1960.
- 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.