

**Методические рекомендации для родителей
по проблеме оказания помощи детям раннего возраста
с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**

Т.В. Варенова

Древнегреческий философ Демокрит, размышляя о семейном воспитании, сказал, что это рискованное дело, ибо в случае удачи последняя приобретена ценою большого труда и заботы, а в случае неудачи – горе несравнимо ни с каким другим. Эти слова приобретают двойной вес, когда речь идет о ребенке с врожденной двигательной патологией. Столкновение с таким фактом зачастую порождает естественные чувства замешательства и страха, болезненного разочарования, невосполнимой потери, вины, ощущения беспомощности и обреченности. Отсутствие правильного понимания ситуации может не только привести к подавленности, но и безразличию, не позволяя правильно воспитывать своего ребенка.

Программы развития детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата требуют максимального взаимодействия и участия многих сторон: специалистов по неврологии, физиотерапии, психологии, педагогов, логопедов, социальных работников и др. Но только сам ребенок и его родители придают смысл и суть этому процессу, составляя его ядро.

Крайне важно, чтобы родители и специалисты стремились к взаимовыгодному сотрудничеству в интересах психического, физического и социального развития ребенка. Родители вправе рассчитывать на:

- помощь в осознании истоков своей эмоциональной и интеллектуальной реакции по отношению к дефекту развития ребенка;
- получение правдивой, содержательной и точной медицинской информации, психолого-педагогической оценки состояния и перспектив развития ребенка;

- подведение к полному пониманию программы обучения и реабилитации их ребенка;

- привлечение к активному участию в реализации программы обучения ребенка и предоставление в их распоряжение способов оценки эффективности этого процесса на каждой его стадии.

Сообщаемые родителям данные о состоянии ребенка, его перспективах развития развязывают инициативу, дают требуемое понимание и мудрость, а вместе с ними и практические знания, необходимые для участия в воспитании и обучении. Информированность расширяет возможности реалистического видения и понимания родителями своего ребенка, делают их более компетентными и полезными в коррекционном процессе.

Среди разнообразных нарушений функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) на первом месте стоит **детский церебральный паралич** (ДЦП). В последнее время повсеместно отмечается рост этого заболевания. При этом заболевании под параличом не имеют в виду отсутствия движения. Церебральный паралич характеризуется лишь некоторой вялостью, что заключается в патологической реализации двигательного акта. Это сложная патология рефлекторной сферы.

Различают следующие виды параличей: **гемиплегия** – односторонний паралич, поражение либо левой, либо правой половины тела; **диплегия** – паралич двух конечностей, либо двух рук, либо двух ног, что встречается гораздо чаще; **тетраплегия** (или двойная гемиплегия) – общее поражение конечностей. Причем руки поражаются в той же степени, что и ноги, а иногда даже сильнее. У детей с обеими парализованными ногами нередко наблюдается развитие физической силы в плечах, руках и кистях руки. Также им свойственны сила воли и выдержка. Они могут научиться обслуживать себя, овладевают письмом, машинописью, различными видами предметно-практических действий, ремесел.

Детский церебральный паралич не распознается непосредственно при рождении или сразу после него, это заболевание, как правило, диагностируется в возрасте ребенка около года. Процесс становления личности является долгим, трудным и всепоглощающим. Родителям необходимо научиться так рассчитывать свое время, чтобы удовлетворять потребности ребенка, не поступаясь при этом личными физическими, психологическими и духовными потребностями.

В морали к известной сказке Шарля Перо “Мальчик с пальчик” говорится:

Мы все не прочь иметь хоть дюжину ребят,
Лишь только бы они ласкали ростом взгляд,
Умом да внешностью красивой;
Но всяк заморыша обидеть норовит:
Все гонят, все гнетут враждой несправедливой,
А сплошь да рядом он, прямой байбак на вид,
Спасает всю семью и делает счастливой.

В первый момент родителям может показаться, что в отношении их ребенка вряд ли можно что-либо предпринять. Для многих из них каждый выход на улицу представляет собой стресс, так как кажется, что все только и смотрят на их ребенка и показывают на него пальцем. Необходимо побороть в себе негативные эмоции, чувство безысходности, взглянуть фактам в лицо и стать активными участниками обучения, воспитания и развития собственного ребенка. “Не тот пропал, кто в беду попал, а тот пропал, кто духом пал!” Следует учиться воспринимать не дефект, а ребенка.

Сколько бы подготовленных специалистов не работало с ребенком, никто на протяжении жизни не будет находиться с ним в более тесном контакте, чем мать и отец, никто не окажет на него более сильного и глубокого влияния, чем они. Опыт показывает, что дети, имеющие осведомленных и активных родителей, гораздо лучше подготовлены к жизненным трудностям.

В зависимости от типа внутрисемейных отношений и стиля семейного воспитания выделяются четыре группы семей, имеющих детей со значительными отклонениями в развитии.

1. Родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – *гиперопека*, когда ребенок является центром всей жизнедеятельности семьи, по этой причине коммуникативные связи с окружением деформированы. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребенка, у матери отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно-психической напряженности. Это оказывает негативное влияние на формирование личности ребенка, что проявляется в эгоцентризме, повышенной зависимости, отсутствии активности, снижении самооценки ребенка.

2. Для второй группы семей характерен стиль холодного общения – *гипопротекция*, снижение эмоциональных контактов родителей с ребенком, проекцией на ребенка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Это ведет к формированию в личности ребенка эмоциональной неустойчивости, высокой тревожности, нервно-психической напряженности, порождает комплекс неполноценности, эмоциональную беззащитность, неуверенность в своих силах. Родители этой группы фиксируют излишнее внимание на лечении ребенка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счет эмоционального отвержения ребенка.

3. Для третьей группы характерна *конструктивная и гибкая форма взаимодействия* отношений родителей и ребенка в совместной деятельности. Родители из этой группы семей отмечают, что рождение такого ребенка не стало фактором, ухудшающим отношения между супругами, “беда сплотила”, объединила в экстремальной ситуации. В этих семьях отмечается устойчивый познавательный интерес родителей к организации социально-педагогического

процесса, ежедневные содружество и диалог в выборе целей и программ совместной с ребенком деятельности, поощрение детской самостоятельности, постоянная поддержка и сочувствие при неудачах. Родители этой группы обладают наиболее высоким образовательным уровнем по сравнению с представителями других групп, имеют опыт переживания стрессогенных ситуаций. Такой стиль семейного воспитания способствует развитию у ребенка чувства защищенности, уверенности в себе, потребности в активном установлении межличностных отношений, как в семье, так и вне дома.

4. *Репрессивный стиль* семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию (чаще отцовскую). В этих семьях от ребенка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая при этом его двигательных, психических и интеллектуальных возможностей. Нередко прибегают к физическим наказаниям. При таком стиле воспитания у детей отмечается аффективно-агрессивное поведение, плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость, что еще больше осложняет их физическое и психическое состояние.

ДЦП – состояние, которое затрагивает все стороны функционирования жизнедеятельности ребенка. В первую очередь задерживается общее развитие двигательных функций: ребенок с заметным опозданием начинает держать голову, поворачиваться, сидеть, стоять, ходить. Двигательные нарушения у детей с ДЦП в основном проявляются в неустойчивой, замедленной ходьбе, затруднениях самостоятельно спускаться и подниматься по лестнице, выполнять действия по самообслуживанию.

В ряде случаев появляются судорожные, эпилептические припадки. Нередко церебральный паралич сочетается с различными речевыми нарушениями, чаще всего дизартриями, т.е. нарушениями произношения, вызванными ограниченной подвижностью артикуляционного аппарата.

Воспитание ребенка с двигательными нарушениями в семье имеет свои сложности и недостатки. Переоценка нарушения может привести к излишней опеке, что создает условия для искусственной изоляции от общества, к тому же охранительное воспитание в семье в свою очередь вызывает развитие эгоистической личности с преобладанием пассивной потребительской ориентации. Недооценка нарушения также негативно влияет на развитие личности ребенка.

Родители должны быть не только ознакомлены с содержанием программы обучения и реабилитации для их ребенка, но и активно участвовать в ее осуществлении, внося, по мере необходимости, свои коррективы и дополнения на каждом этапе.

Моторное развитие необходимо осуществлять строго по порядку – от головы, плеч, верхних конечностей, туловища к нижним конечностям. Ребенка, в первую очередь, обучают поднимать и удерживать голову, выкладывая его на живот с применением укладок под грудь, бока и при необходимости, фиксируя поясницу. Затем учат ползать на четвереньках, далее – сидеть, потом – стоять и ходить на коленях, стоять на одном колене, и, наконец, подниматься и ходить. При этом также используются соответствующие приспособления и специальное оборудование.

Педагогическая работа направлена, прежде всего, на развитие моторики речи, коммуникативного поведения. Принцип “Особые дети – особое общение”, не затрагивая семейной направленности воспитания, предполагает изменение внешней формы общения. Например, при пренебрежении, эмоциональном отвержении, недооценке проблем, преувеличении трудностей ребенка следует:

- * сохранять выражение лица и тон голоса максимально доброжелательными;
- * избегать в разговоре с ребенком отрицательных и приказных форм, включать как можно чаще местоимение *мы*;

- * не говорить с иронией и насмешкой;
- * не торопить ребенка;
- * не сравнивать с другими детьми и не вставать на сторону людей, проявляющих негативное отношение к ребенку;
- * как можно чаще высказывать одобрение, демонстрировать свою любовь.

Практика и специальные исследования показывают, что в случае раннего выявления и организации адекватной коррекционной помощи можно достичь значительных результатов в преодолении врожденной патологии.

Среди направлений работы большое значение занимает *тактильная стимуляция*. Первые впечатления ребенок получает через ощущения от прикосновений, которые сообщают ему о том, что происходит вокруг. Тактильную информацию об окружающем мире малыш воспринимает через физический контакт, например, когда его пеленают, баюкают, поглаживают, целуют. Он выражает свое удовлетворение (или неудовлетворение) физическим действием. Идет процесс познания, который рождает сознание.

Тактильная стимуляция не только повышает чувствительность отдельных участков тела, которые передают сигналы в кору головного мозга, «будят» дремлющие клетки, но и позволяет ребенку уютнее почувствовать себя в своей «шкуре» (коже). Тактильную стимуляцию можно проводить разнообразными массажными движениями рук: поглаживание, растирание, постукивание, пощипывание, похлопывание. Также с помощью меха, кисточки, щетки, перышка, губки, ваты и т.п., фена, вызывая холодный, теплый, горячий поток воздуха, втирания крем, расчесывания волос.

Раздражение правой стороны туловища приводит к активизации левого полушария, и наоборот. Левое полушарие контролирует сенсорные и двигательные функции правой половины тела, осуществляет переработку информации аналитически и последовательно, отвечает за развитие речи. Правое полушарие осуществляет контроль над левой половиной тела, проводит переработку информации одновременно и целостно, обеспечивает зрительный

и пространственный праксис, связано с интуицией и творческими способностями. Каждое полушарие имеет свои сильные и слабые стороны, и каждое вносит свой вклад в формирование и развитие мышления и сознания.

Много приятных эмоций может доставить ребенку прохождение через своеобразный «душ чувств» в виде штор из легких газовых шарфов, лент, шариков, пробок, бамбука и др. Такие реакции, как улыбка, моргание, вздрагивание, поворот и пр. не являются самоцелью, но по ним можно контролировать ощущения ребенка.

Однако обнимать, гладить ребенка с ДЦП надо весьма осторожно. При общении с такими детьми следует постоянно помнить об их повышенной чувствительности и избегать внезапных, резких, сильных сенсорных раздражителей. Отзывчивость на те или иные воздействия, в частности, тактильные контакты, обычно локализуется только на лице и в голове. У детей же с церебральными параличами она распространяется на все тело, поэтому прикасаться к больным конечностям надо с той же сдержанностью и осторожностью, как к лицу другого человека. Такому ребенку необходимо всегда говорить о своем присутствии, приближаться спереди тихими шагами, заранее сообщать, что вы собираетесь сделать.

Для развития (нормализации) чувствительности кожи хорошо подходят сухие шариковые бассейны. Частично их могут заменить ванны, ящики, коробки, заполненные песком, стружкой, листвой, семенами, каштанами, желудями, в которые укладывается ребенок, или только погружаются его руки, ноги поочередно. Благодаря этим погружениям и спонтанным манипуляциям в них, у ребенка развиваются психомоторные навыки. В дальнейшем в таких условиях имеет смысл организовать целенаправленную поисковую деятельность: в наполнителе прячется один или несколько объектов, которые надо обнаружить на ощупь руками или ногами и достать.

Осязательно-двигательный опыт развивает способность ребенка использовать свои органы чувств. Он становится более деятельным. Игрушки,

которые он видит и начинает доставать, служат объектами воздействия. Активность, которая радует ребенка и стимулирует его к новым играм, очень важна, поскольку она закладывает основу приводящий для понимания причинно-следственных связей. Часто опыт, которым располагают дети, недостаточен. По мере того как в окружающем пространстве появляются незнакомые предметы, от него можно ожидать новых реакций. Некоторые из этих предметов он воспринимает насторожено, с определенной долей страха. Однако для каждого ребенка характерны большие индивидуальные различия, проявляющиеся в чужой обстановке и при знакомстве с новыми вещами.

Ощущения от прикосновений дополняются визуальными и слуховыми впечатлениями, стимулирующими развитие эмоционального общения. Взрослый, улыбаясь, наклоняется над ребенком, поглаживает его, старается «поймать» его взгляд, придает голосу певучий, ласковый оттенок. Привлекает внимание ребенка и переводит его взгляд на игрушку. Постепенно при виде лица взрослого или игрушки у ребенка будут появляться улыбка, смех, различные голосовые реакции.

Характерным отклонением в развитии эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП является повышенная склонность к страхам. Эти страхи, нередко без определенного содержания, обычно сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами. В состоянии страха усиливаются ведущие симптомы ДЦП – *спастика* (повышение мышечного тонуса), *гиперкинезы* (непроизвольные насильственные движения), *тремор* (дрожание конечностей), *атаксия* (нарушение равновесия и координации движений). У многих детей выражена боязнь передвижения, падения, высоты, одиночества, болезни, смерти.

Огромное значение в жизни ребенка и человека в целом имеет сенсорика – развитие восприятия и формирование представлений о внешних свойствах предметов. Великий педагог Константин Дмитриевич Ушинский неоднократно подчеркивал мысль о том, что дитя мыслит красками, звуками, образами. Вот

почему так важно для становления полноценной личности создавать богатство впечатлений в детском возрасте, избегать сенсорного голода и депривации чувств.

Сенсорика выполняет три главных функции:

- 1) стимуляции психической активности;
- 2) релаксации, снятия напряженности, стресса;
- 3) создание основы для развития мышления, памяти, речи.

При развитии восприятия сначала стимулируется зрительная фиксация на лице взрослого и игрушке, затем формируется плавность прослеживания в горизонтальной и вертикальной плоскостях, устойчивость фиксации взора при изменении положения головы и туловища. На более поздних этапах доречевого развития происходит выработка зрительных дифференцировок.

Для развития слухового восприятия используется период, когда ребенок находится в эмоционально отрицательном состоянии – в период несильного плача. Взрослый наклоняется к ребенку, ласково разговаривает с ним, потряхивает погремушкой, добиваясь привлечения внимания и успокоения. Дальнейшее развитие слухового восприятия идет при формировании умения локализовать звук в пространстве. В качестве звуковых раздражителей используются различные по звучанию предметы, голос взрослого. Если ребенок с двигательной патологией не может сам повернуть голову к источнику звука, это делается пассивно.

Нужно подготовить слуховой анализатор к восприятию разнообразных невербальных и вербальных звуков, активизации речевой деятельности и модально-специфических функций – слухового внимания и слуховой памяти. На этом этапе определяется расстояние, на котором ребенок со сниженным слухом безошибочно распознает односложные и двухсложные слова; наличие или отсутствие различий при восприятии слов правым и левым ухом.

Сенсорные действия разнообразны и многочисленны. Это рассматривание, ощупывание, выстукивание, обнюхивание, облизывание,

прокатывание и т.п. Детей следует обучать узнавать объекты по особым характеристикам, так называемым сигнальным меткам, по существенным признакам, в различных положениях и ситуациях. Одновременно с развитием практических действий формируются и основные умственные операции: анализ объектов; сравнение (по форме, размеру, величине, цвету) – обнаружение одинаковых свойств у разных объектов и нахождение разных качеств у родственных объектов; формирование обобщенных способов обследования посредством перцептивных действий (увидел, услышал, потрогал, попробовал – узнал). Таким образом, обследование предметов выступает одним из *основных методов сенсорного воспитания.*

Поскольку действия ребенка приводят к различным результатам в разных ситуациях, он учится отличать неодинаковые впечатления друг от друга. Например, сосание груди матери (или соски на бутылочке с молочной смесью) связывается с получением пищи, а сосание пальца приносит ему иное удовлетворение. Постепенно он усваивает, что плач – это сигнал взрослым, который помогает получить помощь и пищу. Позднее плач становится неодинаковым, и родители учатся улавливать его оттенки. Скорость удовлетворения потребности ребенка и постоянство, с которым это делают ухаживающие за ним взрослые, позволяют малышу ощутить первые простые связи в повседневной жизни.

Игра ребенка со своим телом и близко лежащими предметами приносит ему огромный осязательный опыт. Прикасаясь к ним, малыш замечает, что различные материалы дают разные ощущения. На их основе ребенок усваивает, что такое собственное тело и что такое окружающая среда. Прежде чем ребенок научится передвигаться самостоятельно, можно самим стимулировать его к новым играм. Например, помещать в его поле зрения различные игрушки, которые он видит и которых может касаться. Возможность увидеть что-то новое вокруг себя расширяет сферу восприятия ребенка, делает периоды бодрствования более интересными, способствует росту любознательности и

активности. Однако не менее важно следить за тем, чтобы ребенок, нуждающийся в отдыхе, находился в спокойных условиях. Несомненно, уставший ребенок почти всегда засыпает, тем не менее, оптимальное соотношение отдыха и стимулирования – очень существенный фактор его развития.

Сенсорные способности и двигательные навыки могут колебаться в различных условиях и ситуациях. Так, зрение может быть наилучшим в определенных секторах или на конкретном расстоянии от глаза; слух может функционировать наилучшим образом в определенном диапазоне частоты; осязание может быть лучше на щеке, чем на руке.

Ребенок с ДЦП реагирует на внезапный шум или на неожиданное и неосторожное приближение человека, оказавшегося в поле его зрения, усиленным мышечным сокращением. Порой малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать усиление спазма. При атетозной форме, если ребенок чувствует к какому-либо человеку симпатию и расположение, его руки и голова начинают совершать буйные вращательные движения.

Атетозная форма выражается в произвольных, избыточных движениях при высоком мышечном тоне, часто имеющих характер вращательных или спиралевидных. Атетоз сопровождается гримасами лицами, что может привести к ошибочной оценке умственных способностей ребенка.

Наш мозг нуждается в стимуляции на протяжении всей жизни, но особенно, в первые три года жизни. Если эта потребность не удовлетворяется нормальным, естественным путем посредством зрительных, слуховых, тактильных, обонятельных и вкусовых ощущений, то вступает в силу другой источник – через гнев, агрессию, самоагрессию. Стимуляция посредством низших ощущений (без участия интеллекта) – очень важный способ расслабления, появления наслаждения, удовольствия, удовлетворения.

В процессе коррекционного обучения крайне важно организовать познание ребенком своих потребностей, научить его выбирать приятные

раздражители, вырабатывать привязанности, воздействовать на восприятие. Например, «Я знаю, чего я хочу и чего мне не хочется»; «Если будет шумно, то я заткну себе уши, приглушу музыку, радио, телевизор и т.п.»; «Если будет темно, я могу зажечь свет»; «Если будет холодно, надену свитер» и т.д.

В последнее время все шире и шире распространяется *ароматерапия* – использование различных запахов, чаще всего в виде эфирных масел, в лечебных целях. Приведем некоторые примеры: *эвкалипт* – стимулирует дыхание, очищает воздух; *розмарин* – естественный энергетик, расслабляет мышцы, способствует пищеварению; *сосна* – дезинфицирует, рекомендуется при бессоннице и утомлении; *апельсин* – укрепляет, способствует накоплению энергии; *лимон* – освежает, тонизирует, укрепляет; *майоран* – успокаивающий, болеутоляющий, освежающий, действует против храпа; *вербена* – способствует общению, пищеварению, пробуждает ум; *жасмин* – расслабляет, уравнивает, нейтрализует плохие запахи; *мята* – тонизирует, укрепляет; *мелисса* – помогает преодолеть усталость; *базилик* – способствует сосредоточенности, стимулирует память, улучшает пищеварение. Ароматы всех citrusовых стимулируют психическую и физическую активность. При уникальной функциональности запаха лаванды, основным свойством является успокаивающее действие. Ароматотерапия на фоне музыки снимает спастичность у детей с ДЦП.

Правая ноздря связана с активизирующими структурами, левая – с расслабляющими. Когда проходимость обоих носовых ходов одинакова (нет полипов, значительных искривлений носовой перегородки или других аномалий) – у человека гармонизирующее дыхание. Если проходимость левой ноздри хуже (активнее дышит правая) – человек склонен к перевозбуждению. Если же хуже дышит правая – не избежать вялости, подавленности.

Голова младенца, непомерно большая, в процессе роста ребенка приходит в гармоничное соотношение с остальным организмом, как у взрослого человека. Но этот процесс протекает весьма различно. Еще в давние

времена было замечено, что одни дети «быстро вырастают из головы», другие – медленно. В первом случае отмечали, что нервная система («образующие силы» головы) еще не стала органом сознания, источником представлений и мыслей, как у взрослого, а является пока органом обмена веществ. У такого ребенка при ходьбе и беге голова как будто тянет своим весом к земле. «Большеголовые» дети, подчеркивалось, равнодушны к заботам учителя, школьный период является для них тяжелой нагрузкой. Однако указывалось, что можно помочь нервной системе правильно взаимодействовать с системой обмена веществ, если следить, чтобы дети с большой головой получали с пищей достаточно соли и по утрам умывались холодной водой.

Дети, у которых верх взяла нервная система, становятся взрослее, чем те, у которых преобладает система обмена веществ, но они часто бывают бледными, так как обменные процессы должны быть значительно усилены для того, чтобы питать нервную систему. В связи с этим они нуждаются в большом количестве сахара в пище, спелых фруктов, меда, сахарозы, но не конфет, которые разрушают зубы и портят желудок. В исключительных случаях советовали делать ребенку с маленькой головой вечером перед сном теплый компресс на живот.

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

Перед формированием функций кистей и пальцев необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей, проводя массаж и пассивные упражнения. Развитию *опорной функции руки* способствуют медленные перекачивания ребенка в положении на животе вперед на большом мяче.

Развитию *функции хватания* способствует вкладывание в руки ребенка предметов, различных по форме, величине, весу, фактуре, температуре. При развитии осязания следует переходить от мягкого к твердому, используя контрасты между грубой структурой материала и гладкой. Важно обучать ребенка не только захвату предмета, но и его отпусканью. Разжимание кисти облегчается потряхиванием ее в сторону мизинца поворотом руки ладонью вверх. Ребенка побуждают брать игрушки из разных положений – снизу, сверху, слева, справа от него. С 1 года развивают *манипулятивную функцию* рук – простые предметные действия, при необходимости выполняемые пассивно или пассивно-активно.

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

Развитие зависит от собственной чувственной и двигательной активности, а также способов удовлетворения потребностей ребенка, к которым прибегают взрослые. Когда впечатлений становится так много, что их трудно классифицировать, когда нагрузки чрезмерно возрастают, взаимодействие ребенка с окружающим миром ухудшается. Ребенок должен накапливать опыт в спокойном темпе, при стабильном окружении. Опыт приносит знание. Нельзя спрятать ребенка от всех опасностей: плита (вода, чайник) может быть и горячей, и холодной. Предметы не всегда остаются одинаковыми, так же как и взрослые.

Особое внимание следует обратить на детские игры дома. Игра как деятельность не является для детей с церебральными параличами второстепенной по значению, хотя она наряду с предметной деятельностью не развивается в достаточной мере в силу двигательных нарушений. Можно широко использовать применение отдельных элементов, фрагментов дидактических, подвижных, ролевых, строительных и музыкальных игр.

Родителям необходимо знать, какие игрушки, вещи, инструменты и т.п. ребенок может использовать контролируемым образом, иметь представление о фактических способностях ребенка устанавливать контакт и общаться, о возможных способах, которыми он может выражать свои желания.

Очень важна для развития ребенка *ориентировка в пространстве*, которая начинается с ориентировки в самом ближайшем окружении и собственном теле, и ориентировка во времени. Ребенок должен понимать отношения: вверху – внизу, слева – справа (или сбоку), вперед – назад; различать части суток, дни недели (будние, выходные, праздничные дни).

Формирование *подготовительных этапов понимания речи* включает голосовую активность (недифференцированную), гуление, лепет, лепетные слова и звукоподражания, затем общеупотребительные слова и т.д. Нужно стимулировать у детей любые доступные мимические, голосовые, звукопроизносительные реакции, а в последующем – слова. Вначале развивается восприятие различных интонаций голоса взрослого и адекватной реакции на них (улыбки, смеха или обиды, плача). Первичное понимание обращенной речи происходит при совпадении звучания слова, произносимого взрослым, с предъявлением предмета, который оно обозначает. Для запоминания используются двусложные лепетные слова или звукоподражания.

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

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

(чередование холодного – теплого), комплекс упражнений на дутье, логоритмика.

Артикуляционная гимнастика – это совокупность специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие силы, подвижности и дифференцированности движений органов, участвующих в речевом процессе. Артикуляция связана с работой многочисленных мышц: жевательных, глотательных, мимических; процесс голосообразования происходит при участии органов дыхания (гортань, трахея, бронхи, легкие, диафрагма, межреберные мышцы). В связи с этим проводятся упражнения различных органов и мышц лица, ротовой полости, шеи, плечевого пояса, грудной клетки.

Среди аномалий органов артикуляции, предрасполагающих к нарушению звукопроизводительной стороны речи, намного чаще встречаются дефекты зубочелюстной системы. Чем раньше проявилась зубочелюстная аномалия, тем больше риск появления устойчивых дефектов звукопроизношения. Патологии молочного прикуса провоцируют более грубые и стойкие нарушения звуковой стороны речи, нежели зубочелюстные аномалии, проявившиеся только в постоянном прикусе. Чем раньше была выявлена патология языка, губ или зубочелюстной системы и начата комплексная работа по устранению дефектов артикуляционных органов, исправлению нарушений звукопроизношения и развитию фонематического восприятия, тем быстрее и эффективнее можно добиться положительных результатов в коррекции органической дислалии.

Стимуляция рефлексов орального автоматизма необходима для нормализации процесса кормления, что связано с активностью сосания и глотания. Во время кормления ребенок находится в позе легкого сгибания, в которой наступает наиболее полное мышечное расслабление. Перед кормлением стимулируются врожденные безусловные рефлексы – губной, поисковый, хоботковый, сосательный.

Работу по развитию дыхания и голоса начинают с первых месяцев жизни больного ребенка. Она связана с вокализацией выдоха, увеличением объема, длительностью и силой выдоха, выработкой ритмичности дыхания и движений ребенка.

Большая роль семьи в формировании у ребенка положительной Я-концепции – системы осознаваемых и неосознаваемых представлений личности о самой себе, на которых она строит свое поведение, которая является основой внутреннего стимулирующего механизма личности. В задачу семьи входит также и коррекция негативной модальности (“Ребенок хорош, плох его поступок”). Недопустимо порицание ребенка за неуспехи в агрессивных оценках, что приводит к состоянию подавленности и формированию стойкого негативного отношения к учебной деятельности. Важной задачей семьи, как и специалистов, должна стать забота о раскрытии индивидуальных задатков, склонностей, способностей ребенка.

Семья играет первостепенную роль в развитии первоначальных знаний и представлений об окружающем мире, формировании навыков самообслуживания, некоторых учебных и социальных умений.

Эда Ле Шан в своей книге “Когда ваш ребенок сводит вас с ума” сформулировала десять самых важных, с ее точки зрения, вещей, которым родители могут научить своих детей:

1. Любить себя.
2. Интерпретировать свое поведение.
3. Общаться с помощью слов.
4. Понимать различия между мыслями и действиями.
5. Интересоваться и задавать вопросы.
6. Понимать, что на сложные вопросы нет простых ответов.
7. Не бояться неудач.
8. Доверять взрослым.

9. Думать самому.

10. Знать, в чем можно полагаться на взрослого.

Однако самое главное, что должны сформировать родители у своих непростых детей – это простые навыки самообслуживания: умение пользоваться туалетом, самостоятельно есть и пить, умываться и чистить зубы, вытирать нос и рот, поддерживать чистоту и порядок своих вещей и своей комнаты и т.п.

Родители должны ознакомить детей с “вежливыми словами”, показывать пример культурного поведения дома, в гостях, на улице и других общественных местах. Контакты с нормально развивающимися детьми способствуют успешной адаптации в обществе, контакты с детьми, имеющими проблемы в развитии, предотвращают формирование ощущений собственной исключительности и неполноценности. Пусть ребенок чаще бывает среди людей!

Литература

Варенова Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики. Мн., 2003.

Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание ребенка с церебральным параличом в семье. М., 1980.

Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. М., 1997.

Ненси Р. Финни. Уход за ребенком с церебральным параличом. Книга для родителей. Мн., 2003.

Кнупфер Х., Ратке Ф.В. Как помочь ребенку, больному церебральным параличом. Марбург, 1994.

Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич: разумом специалиста, сердцем матери. СПб, 1995.

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