

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ



В СЕМЬЕ ВОСПИТЫВАЕТСЯ РЕБЁНОК С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Методическое пособие для родителей

Ставрополь
2010

УДК 37.0
ББК 74.90
В 11

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
ГОУ ВПО Ставропольского государственного
педагогического института

Рецензенты:

доктор педагогических наук, доцент *Н.А. Палиева*
доктор психологических наук, доцент *М.И. Плугина*

Авторы-составители:

канд. психол. наук, доцент *Н.М. Борозинец*,
канд. психол. наук, доцент *Е.В. Евмененко*

**В семье воспитывается ребёнок с ограниченными возмож-
ностями здоровья:** Методическое пособие для родителей. –
В 11 Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2010. – 92 с.

В методическом пособии раскрываются различные вопросы организации помощи детям с отклонениями в развитии в условиях семьи, содержатся соответствующие практические рекомендации для родителей.

Предназначено не только родителям, но и студентам, обучающимся по специальностям дефектологического профиля, слушателям факультетов переподготовки педагогических кадров, практическим работникам.

Работа над пособием выполнена сотрудниками ВНИКа «Комплексная помощь лицам с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве» лаборатории «Антропология детства» в рамках научной программы «Антропологическое сопровождение реализации региональной модели образования», финансируемой Правительством Ставропольского края.

УДК 37.0
ББК 74.90

© Ставропольский государственный
педагогический институт, 2010

ВВЕДЕНИЕ

К сожалению, никто не застрахован от рождения и воспитания в семье детей с отклонениями в развитии. К ним, безусловно, необходим специфический подход, ведь это особенные дети. Вряд ли кто-то знает точный ответ на вопрос о воспитании особенного ребёнка. Дело в том, что «правильного» ответа здесь быть не может. Каждый из родителей сердцем чувствует, как нужно поступить в той или иной ситуации. Но очень важно правильно понимать состояние своего ребёнка, отслеживать симптомы, замечать улучшение состояния, использовать правильные приемы работы. Для этого необходимы определённые знания. Но главное научиться понимать и любить ребёнка. Этому можно и нужно учиться всю жизнь. Родители должны учиться. Ведь самые способные «педагоги» – это родители. Без помощи родителей трудно достичь успехов.

Эта книга нужна для того, чтобы родители могли получить информацию, которая им так необходима, осознать, какие трудности и возможности ждут их в процессе непростого пути, связанного с семейным воспитанием особого ребенка, научиться видеть другие грани в тех событиях, которые, кажется, хорошо знакомы и самостоятельно управлять своей жизнью, помогая своему ребенку, так нуждающемуся в их любви и заботе. Из нее родители почерпнут знания о том, каковы причины возникновения отклонений в развитии, в чем заключаются особенности развития детей с различными отклонениями, научатся самостоятельно выделять признаки отклоняющегося развития, и получат возможность овладеть приемами психологической и педагогической помощи детям с учетом их возможностей. Кроме того, в книге приведены способы психологической самопомощи на этапе переживания стресса, что полезно не только в процессе воспитательной работы с детьми, но и других жизненных обстоятельствах.

Книга снабжена словарем, где родители могут ознакомиться с некоторыми незнакомыми словами, характеризующими специфику развития детей, что поможет им во взаимодействии со специалистами, оказывающими ребенку коррекционную помощь, списком литературы, которой можно воспользоваться для дальнейшего просвещения и обучения и перечнем Интернет-ресурсов, предназначенных для широкого контингента лиц, имеющих отношение к данной теме.

Книга в первую очередь предназначена для родителей детей с отклонениями в развитии, но так же может быть полезна педагогам, психологам, дефектологам, работающим с данной категорией детей и студентам, получающим соответствующую специальность.

РАЗДЕЛ 1.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

1.1. Роль семьи в воспитании детей с отклонениями в развитии

Традиционно главным институтом воспитания является семья. Семья, родственные чувства, сплачивающие ее членов, не утрачивают своего огромного значения на протяжении всей жизни человека. Любовь и поддержка особенно нужны детям, так как дают им чувство уверенности, защищенности, что необходимо для их гармоничного развития. Семья оказывает определяющее влияние на становление личности в детстве. Справедливо утверждение, что в этот период роль семьи в полноценном развитии детей незаменима.

Важность семьи обусловлена тем, что в ней ребенок находится в течение значительной части своей жизни, и по длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. Именно в семье ребенок получает первый жизненный опыт, делает первые наблюдения и учится, как себя вести в различных ситуациях, который он сохраняет в течение всей последующей жизни.

Каждый из родителей видит в детях свое продолжение, реализацию определенных установок или идеалов. Поэтому родители могут любить ребенка не за что-то, несмотря на то, что он не красив, не умен, на него жалуются соседи. Самое главное, что в семье ребенок принимается таким, какой он есть.

Часто можно услышать: хорошая та семья, где вырастают хорошие дети. И это справедливо. Ведь, в конце концов, судьбу детей определяют не прекрасные порывы, мечты и слова, а общий микроклимат семейной жизни, его тональность, общая направленность. Нередко люди говорят: «Смотрите, никаких специальных целей семья не ставила, а дети выросли прекрасными». Ничего случайного в этом нет, потому что родители такой семьи жили целеустремленной и радостной жизнью маленького коллектива, где все любят друг друга, никто никому не обязан, где царит атмосфера взаимности, тепла, настоящей заботы. И это

есть по-настоящему добрый психологический климат, и дети, выросшие в такой семье, не могут быть тунеядцами и эгоистами.

Добрые семейные взаимоотношения совершенно не исключают разногласий мыслей, споров. Но в хорошей дружной семье они решаются без раздражения, без унижения человеческого достоинства взрослых и детей. В любой ситуации здесь не будет крика, взаимных обид, люди уважают мысли друг друга, ценят авторитет отца, матери, бабушки, дедушки.

Следовательно, семья – это особого рода коллектив, играющий в воспитании основную, долговременную и важнейшую роль, которая заключается в достижении душевного единения, нравственной связи родителей с ребенком.

Особое положение занимают семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии. По данным научного Центра здоровья детей РАМН число детей, нуждающихся в помощи специалистов, уже в дошкольном возрасте варьирует от 25% до 40%, а 85% детей рождаются с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья. Таким детям необходимо обучаться и воспитываться в специальных условиях, включая и создание адекватной микросоциальной среды в семье. Развитие ребенка с отклонениями в развитии в огромной степени зависит от семейного благополучия, участия родителей в его физическом и духовном становлении, правильности воспитательных воздействий.

Бесспорным является то, что ребёнку нужно помогать очень рано. Теперь уже достоверно известно, что забота о ребёнке начинается ещё до его рождения. Важно и правильное питание матери, и получаемые ею положительные эмоции, и чувство защищённости и уверенности в завтрашнем дне. Вступая в брак, каждый мечтает о любви. Но брак – это и большая ответственность перед обществом и самим собой. В браке зарождается третья жизнь, которая в большей мере зависит от понимания родителями ответственности и умения правильно выстраивать своё поведение. Важно не растеряться и не возложить всю меру ответственности за здоровье малыша на других. Помощь родителей весомее всего, потому что они наблюдают ребёнка, проводят с ним много времени. Главная функция семьи заключается в том, чтобы в воспитании и обучении ребенка с отклонениями в развитии исходить из его возможностей. Родители такого ребенка должны научиться регулировать степень психологической нагрузки, которая не должна превышать допустимого уровня. Это в их силах.

Не следует думать, что проблемный ребенок – это несчастный ребенок! Наоборот, его отношение к людям проникнуто сердечностью и не-

скрываемой радостью. И всякие высказывания типа «бедные, несчастные дети» неуместны. Отклонения в развитии не означают отсутствия эмоций, умения радоваться и грустить, быть добрым, ласковым, любящим.

Однако часть родителей отказывается признать проблему в развитии ребенка: либо они неправильно оценивают состояние ребенка, либо опасаются испортить ему будущее «ярлыком» инвалидности. Это имеет социальные корни и связано с отношением общества к людям с отклонениями в развитии. Например, многие родители маленьких детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта и другими тяжелыми отклонениями в развитии, в первую очередь, обеспокоены тем, сможет ли ребенок обучаться в массовой школе, хотя когда дети подрастают, многие родители начинают понимать и принимать преимущества и необходимость специального (коррекционного) обучения.

Как утверждает доктор психологии К. Тингей-Михаэлис, на основе наблюдений и повседневного ухода за собственным проблемным ребенком, ситуация, когда в семье рождается такой малыш, вовсе не безнадежная, и родители, и специалисты, если будут знать как, могут оказать и ему, и себе большую помощь. Она отмечает, что свойственное многим родителям стремление к самопожертвованию ради счастья и благополучия детей естественно. Но оно не должно быть напрасным. Здесь, как и в других случаях, максимального проявления черт человеческой природы, чрезвычайно важно найти разумный способ их приложения с пользой для дела, поскольку возвышенные качества ценны не только и не столько сами по себе, сколько как способ достижения особо значимых результатов. Родители часто из-за большой любви к детям, которая не подкрепляется знанием основных закономерностей их психического развития, бессознательно используют такие модели воспитания, которые закладывают фундамент невротизации детей. Если возникают воспитательные проблемы с ребенком, то причины этого не кроются не в нем и в его особенностях, а ошибочных методы обращения с ним.

К сожалению, не всегда условия воспитания в семье бывают благоприятны для развития ребенка с отклонениями в развитии. Если воспитать обычного ребенка очень сложно, то воспитание ребенка с отклонениями в развитии представляется особенно ответственным. Если дети, требующие особого внимания, лишены правильного воспитания, то недостатки усугубляются, а сами дети нередко становятся тяжелым бременем для семьи и общества.

В то же время семья всегда обладает большим запасом собственных ресурсов и инициативы, поэтому превращение семьи в активного уча-

стника помощи ребёнку является решающим фактором эффективности его реабилитации и интеграции в общество сверстников. Во многом это зависит от типа внутрисемейных отношений и стиля семейного воспитания. По этим признакам семьи, имеющей детей с отклонениями развития, можно дифференцировать на четыре группы.

Первая группа родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – гиперопека. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребёнка, у матери отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно-психической напряжённости. Стиль поведения взрослых членов семьи характеризуется сверхзаботливым отношением к ребёнку, мелочной регламентацией образа жизни семьи в зависимости от самочувствия ребёнка, ограничением от социальных контактов. Этот стиль семейного воспитания характерен для большинства семей матерей-одиночек.

Вторая группа характеризуется стилем холодного общения – гипопротекцией, снижением эмоциональных контактов родителей с ребёнком, проекцией на ребёнка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Родители фиксируют излишнее внимание на лечении ребёнка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счёт эмоционального отвержения ребёнка. Отношение к стрессовой ситуации накладывает сильный отпечаток на способ выхода из неё, который избирает семья.

Третья группа характеризуется стилем сотрудничества – конструктивная и гибкая форма взаимоотношений родителей и ребёнка в совместной деятельности. Как образ жизни такой стиль возникает при вере родителей в успех своего ребёнка и сильные стороны его природы, при последовательном осмыслении необходимого объёма помощи, развития самостоятельности ребёнка, а процессе становления особых способов его взаимодействия с окружающим миром.

Четвёртая группа – репрессивный стиль семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию. Как образ отношений проявляется в пессимистическом взгляде на будущее ребёнка, в постоянном ограничении его прав, в жестких родительских предписаниях, неисполнение которых наказывается. В этих семьях от ребёнка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, не учитывая при этом его двигательных, психических и интеллектуальных возможностей. За отказ от выполнения этих требований нередко прибегают к физическим наказаниям.

В процессе воспитания детей с отклонениями в развитии важную роль играет правильное отношение родителей к ребенку. Случается, что родители чрезмерно опекают ребенка, предугадывают его малейшие желания, выполняют любые требования и даже капризы. Такое отношение родителей создает почву для возникновения у детей капризности, упрямства, пассивности, безразличия и безучастности ко всему происходящему вокруг. В этих случаях у детей снижается потребность в речевом общении, в овладении навыками самообслуживания, желанием заниматься игровой и любой другой деятельностью.

Другие родители, наоборот, занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка. Они требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая речевых, двигательных возможностей, прибегают к наказаниям. В результате у детей появляется излишняя плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость. Как следствие этого, отмечается расстройство сна, недержание мочи, подергивания в различных частях тела.

В отношении родителей к отклонению в развитии ребенка, определяющем стратегию и тактику его воспитания, можно выделить несколько моделей.

Модель «охранительного воспитания» связана с переоценкой дефекта, что проявляется в излишней опеке ребенка с отклонениями в развитии. В этом случае ребенка чрезмерно балуют, жалеют, оберегают от всех, даже посильных для него дел. Взрослые все делают за ребенка и, имея благие намерения, по существу делают его беспомощным, немелким, бездеятельным. Ребенок не овладевает простейшими навыками самообслуживания, не выполняет требования старших, не умеет вести себя в обществе, не стремится к общению с другими детьми. Таким образом, модель «охранительного воспитания» создает условия для искусственной изоляции ребенка-инвалида от общества и приводит к развитию эгоистической личности с преобладанием пассивной потребительской ориентации. В будущем такой человек из-за своих личностных особенностей с трудом адаптируется в коллективе.

Иной крайностью являются взаимоотношения в семье, основанной на модели «равнодушного воспитания», которая приводит к возникновению у ребенка чувства ненужности, отвергнутости, переживания одиночества. В семье с подобной моделью воспитания ребенок становится робким, забитым, теряет присущие детям доверчивость и искренность в отношениях с родителями. У детей воспитывается умение приспосабливаться к окружающей среде, равнодушное недоброжелательное отношение к родным, взрослым и другим детям.

Следует отметить, что обе модели семейного воспитания в равной степени вредят ребенку. Игнорирование дефекта, воспитание, опирающееся на неоправданный оптимизм («все пути для тебя открыты») могут привести аномального ребенка к глубокой психической травме, особенно тогда, когда при выборе профессии подросток или юноша понимают ограниченность собственных возможностей. В тех случаях, когда родители предъявляют ребенку непосильные требования, заставляя его прилагать чрезмерные усилия для их выполнения, ребенок перенапрягается физически и страдает морально, видя недовольство взрослых. Родители, в свою очередь, испытывают чувство неудовлетворенности, сердятся, что не оправдал их ожиданий. На этой почве возникает затяжной конфликт, в котором наиболее страдающей стороной является ребенок.

Неконструктивные модели семейного воспитания ребенка с отклонением в развитии создают предпосылки для возникновения вторичных отклонений в его психическом развитии, которые оказывают значительные влияния на интеллектуальное и личностное развитие ребенка. Лишь адекватная оценка отклонений в развитии ребенка со стороны родителей служит основой и базисом для успешного воспитания его личности.

Известный американский педиатр Б. Спок, рассматривая семьи, имеющие детей с отклонениями в развитии, выделяет следующие виды отношений родителей к своему ребенку:

- Стыдятся странностей своего ребенка, излишне оберегают его. Ребенок не чувствует себя спокойным и в безопасности, он замкнут, неудовлетворен собой.

- Ошибочно считают себя виновными в состоянии ребенка, настаивают на проведении самых неразумных методов «лечения», которые только расстраивают ребенка, но не приносят ему никакой пользы.

- Постепенно делают вывод о безнадежности состояния ребенка, отказывают в проявлении к нему каких-либо знаков внимания, любви.

- Не замечают проблем в развитии ребенка и доказывают себе и всему миру, что он ничуть не хуже других. Такие родители постоянно подстегивают ребенка, предъявляют к нему завышенные требования. Постоянное давление делает ребенка упрямым и раздражительным, а частые ситуации, в которых он чувствует себя некомпетентным, лишают его уверенности в себе.

- Воспринимают ребенка естественно, позволяют бывать ему везде, не обращая внимания на взгляды и замечания. Ребенок чувствует себя уверенно, счастливо, воспринимает себя таким, как все.

Наблюдения показывают, что отношения между супругами в семьях во многом зависят от эмоционального состояния матери. Если мать

повышенно тревожна, то с такой матерью ребенок растет нервным, легко возбудимым, требует к себе постоянного внимания, в присутствии матери обычно возбуждается, а не успокаивается, в будущем мать не может справиться с поведением ребенка. Но если мать находит в себе силы сохранять душевное равновесие, она становится помощником своему ребенку. Она старается лучше понять его проблемы, чутко прислушивается к советам специалистов, воспитывает в себе новые качества: наблюдательность, терпение, самообладание, ведет дневник наблюдений за ребенком, отмечая малейшие перемены в его состоянии. Все это способствует правильной организации всей лечебно-коррекционной работы. В этом случае мать хоть и предана своему малышу, но не забывает о домашнем уюте, проблемах мужа, следит за своей внешностью. Это наиболее благоприятная атмосфера для помощи своему ребенку. Важное значение имеет поведение отца. От него во многом зависит эмоциональное состояние матери, ее душевное равновесие. Если отец проявляет выдержку, разум, благородство, терпение, оказывает моральную поддержку жене и помощь в воспитании ребенка, семейные отношения укрепляются, и более успешно проводится вся лечебно-коррекционная работа. Матери не нужно отстранять отца от проблем, нужно делиться с ним вопросами и сомнениями. Это только сблизит родителей.

С. Броди выделяет четыре типа отношений в системе «мать-ребенок с отклонениями в развитии»:

1. Поддерживающее, разрешающее поведение. Матери этого типа, к примеру, не стремились приучить ребенка к туалету, а ждали, пока он созреет сам. При этом стиле воспитания у ребенка формируется чувство уверенности.

2. Приспособление к потребностям ребенка. Мать проявляет напряженность в общении с ребенком, страдает отсутствием непосредственности, чаще доминирует, а не уступает ему.

3. Чувство долга и отсутствие интереса к ребенку. При таком типе отношений нет теплоты и эмоциональной спонтанности. Часто матери осуществляют жесткий контроль, особенно за навыками опрятности.

4. Непоследовательное поведение. Мать вела себя неадекватно возрасту и потребностям ребенка, совершала частые ошибки и плохо его понимала. Такой стиль формирует в ребенке чувство неуверенности.

Л. Ковар выводит отношения «мать-ребенок» из общей модели семейных отношений. Тип этих отношений зависит, по его мнению, от того, как родители оценивают и относятся к своему ребенку и как он самоутверждается. Часто ребенок бывает обузой, мешающей социаль-

ному продвижению матери. Мать уходит от него и больше к нему не возвращается.

1. Покинутый ребенок, лишенный материнской ласки, плохо общается с другими людьми. У него поздно формируется речь. Он остается инфантильным на всю жизнь.

2. Мать может полностью посвятить себя ребенку и воспроизвести отношения «хозяин-раб», чтобы избавиться от пустоты и бессмысленности жизни. Она относится к ребенку как к «любовнику», готова исполнять любое его желание и прихоть. Она не дает ему проявить самостоятельность и формирует в ребенке безответственность и беспомощность. Поскольку она все делает за ребенка, ребенок зависит от капризов матери, а мать – от капризов ребенка. В этом союзе двоих отец не нужен, и он становится лишним в семье. Поскольку у ребенка нет опыта соперничества и компромиссов, он не принимается в дворовую компанию и остается капризным придатком матери. Мать совершенно довольна этим.

3. «Отношения для двоих» создаются матерями-одиночками, которые контролируют поведение ребенка и испытывают от этого удовольствие. Хотя ребенок всегда желанен, но мать уходит от него, когда это нужно ей, а не ему. По мнению Л. Ковара, это приводит к развитию женских черт у мальчиков. Их тянет к общению с маленькими детьми, они воображают себя девочкой, к ним прилипает клочок «маменькин сынок». Часто они бунтуют против матери и учителей. Характерен уход в мир фантазий, стремление к всемогуществу.

Если муж терпит неудачу в карьере, жена, считающая себя волевой женщиной, начинает борьбу за власть. Дети для нее делятся на сильных (как мать) и слабых (как отец). Конфликтую, отец и мать используют детей как оружие в собственной борьбе.

4. «Волевая» мать третирует «слабовольного» ребенка. Ребенок вынужденно играет роль слабовольного, но постоянно борется с матерью. Часто он направляет агрессию на родителей, на младших детей, теряя эмоциональный контроль, конфликтует со сверстниками. Предпочитает занятия в одиночку (чтение книг, просмотр телепередач, ведение дневника, занятия ремесленными поделками). Он недоволен собой и тем, что делает, поскольку судит о себе по критериям матери, чувствителен и пытается компенсировать свою слабость и трусость, занимаясь силовыми видами спорта.

Другой вариант: мать считает отца недоразвитым. Аналогично – и ребенка. Она отворачивается от ребенка, хотя старается выглядеть заботливой в мелочах. По отношению к сыну мать выражает лишь отрицательные эмоции или не выражает их вообще (сын «пустое место», как

и отец) и уделяет внимание лишь внешним нормам поведения. У ребенка не развивается индивидуальность. Он вырастает с комплексом неполноценности, предается фантазиям.

5. Мать с «разбитой» судьбой временно посвящает себя ребенку, но может бросить его ради нового мужчины, как и отец – свою любимицу-дочь. Ребенок бунтует против родительского непостоянства: отсюда побег, подлоги, кражи, ранние сексуальные связи, разочарования и т. п.

Когда семья борется за социальное и экономическое выживание во враждебном мире, ребенок становится жертвой этой борьбы. Она сопровождается злобой, агрессией, депрессиями. Возможны различные результаты личностного развития ребенка при подобных отношениях матери.

6. «Социальный неудачник». Такой ребенок в детстве признавался как личность родителями, но считался непослушным, был с ними близок, но очень недолго. Он получает очень скудное воспитание и рано оценивается как неперспективный; для него характерны кражи, драки, наркомания, пьянство.

7. «Социальная неудачница» – любимица матери, которая была брошена ради очередного мужчины и стремится привлечь к себе внимание плохим поведением.

Л. Ковар считает идеальной для ребенка средой, когда все его непосредственные проявления оцениваются как значимые и приемлемые для взрослого, когда родители развивают у него личностную автономию и чувство защищенности.

Иные стили воспитания выделяет Е.Т. Соколова:

1. Сотрудничество. В общении матери и ребенка преобладают поддерживающие высказывания над отклоняющими. В общении присутствуют взаимоуступчивость, гибкость (смена позиций ведущего и ведомого). Мать побуждает ребенка к активности.

2. Изоляция. В семье не принимаются совместных решений. Ребенок изолируется и не хочет делиться своими впечатлениями и переживаниями с родителями.

3. Соперничество. Партнеры по общению противостоят друг другу, критикуют друг друга, реализуя потребности в самоутверждении и симбиотической привязанности.

4. Псевдосотрудничество. Партнеры проявляют эгоцентризм. Мотивация совместных решений не деловая, а игровая (эмоциональная).

Е. Т. Соколова считает, что партнеры при реализации того или иного стиля получают психологические выгоды, и рассматривает два варианта отношений матери и ребенка (доминирование матери и доминирова-

ние ребенка) и дает следующие психологические характеристики этим типам отношений.

Доминирующая мать отклоняет предложения ребенка, а ребенок поддерживает предложения матери, демонстрируя покорность и/или действуя за спиной и под защитой матери.

Если доминирует ребенок, мать получает следующие психологические выгоды: соглашается с ребенком, чтобы обосновать его слабость и тревогу за него или чтобы принять позицию «жертвы».

Некоторые ученые приводят еще одну классификацию типов неадекватного отношения к ребенку:

1. Ребенок, замещающий мужа. Мать требует к себе постоянного внимания, заботы, хочет быть постоянно в обществе ребенка, быть в курсе его личной жизни, стремится ограничить его контакты со сверстниками.

2. Гиперопека и симбиоз. Мать стремится удержать ребенка при себе, привязать и ограничить самостоятельность из-за страха лишиться ребенка в будущем, она принижает способности ребенка, стремится «прожить за него жизнь», что приводит к личностному регрессу и фиксации ребенка на примитивных формах общения.

3. Воспитательный контроль посредством нарочитого лишения любви. Ребенку говорится, что «мама такого не любит». Ребенка игнорируют, обесценивают его «я».

4. Воспитательный контроль посредством вызова чувства вины. Ребенку говорят, что он «неблагодарный». Развитие его самостоятельности сковывается страхом.

Почти все перечисленные стили, способы, виды и пр. отношения родителей к ребенку являются следствием деструкции семьи по одному типу: отсутствие какой бы то ни было организующей функции мужчины-отца в структуре семейных отношений и замыкание всей системы психологических связей на ребенке. Мать и ребенок оказываются по своей воле или неволе в плену друг у друга, в круговороте действий и эмоций, из которых один выход: невроз (чаще истерия) и инфантилизация личности ребенка (всевозможные проявления психической незрелости).

Итак, все перечисленные виды отношения родителей к детям с проблемами в развитии, в общем, являются своеобразным проявлением неправильных стилей воспитания, выделенных психологами в отношении «родители – ребенок» за исключением того, что на взаимоотношения родителей и детей с отклонениями в развитии накладывается отпечаток специфичности данного ребенка. Эта специфика заключается в

том, что неправильный стиль общения со стороны родителей, может усугубить имеющуюся проблему развития детей.

Какими же качествами должны обладать родители детей с отклонениями в развитии, чтобы их любовь стала силой, формирующей характер ребенка, его психическое состояние. Родители должны:

- иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей;
- строить свои отношения к ребенку на успешности, что определяется родительской верой в его силы и возможности;
- четко знать, что ребенок не может вырасти без атмосферы похвалы;
- развивать самостоятельность своего ребенка и поэтому для его же блага (по возможности) сокращать постепенно свою помощь ему до минимума.

Кроме того, незнание или нежелание родителей знать основные закономерности психического развития своих детей приводит к нарушению социализации, дискомфорту психического состояния ребенка, пагубно влияет на его эмоционально-личностное развитие.

1.2. Проблемы семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии

Рождение в семье ребенка с отклонениями в развитии в большинстве случаев изменяет весь ее уклад, влияет на психологический климат в семье. Все члены семьи находятся в состоянии стресса. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплачивается.

На протяжении первых лет жизни этот стресс не уменьшается, а в ряде случаев нарастает. Возникают неровные, а часто и конфликтные отношения между супругами и другими членами семьи. Семья больного ребенка часто оказывается в изоляции, так как родители обычно ограничивают общение со своими друзьями, родственниками, целиком замыкаясь на своем горе. Это одна из ошибок. Родителям следует стремиться сохранить прежний уклад семьи, дружеские отношения с близкими и друзьями. Ни в коем случае родителям не следует стесняться своего ребенка и отгораживаться от окружающей жизни. Иначе на фоне хронической стрессовой ситуации у матери возникает повышенная раздражительность, постоянное ощущение внутреннего беспокойства, нарушается сон, аппетит, появляются головные боли, часто развивается

невротическое состояние. В таком состоянии мать мало чем может помочь своему ребенку. Напротив, ее тревога, беспокойство передаются малышу, и у него не формируется естественное чувство безопасности, защищенности при взаимодействии с матерью. Это еще больше нарушает его психическое развитие. У малыша могут возникнуть вторичные эмоциональные и поведенческие нарушения. Поэтому, воспитывая ребенка с отклонениями в развитии, родителям нужно помнить, что их полное отречение ради малыша не полезно малышу, а в большинстве случаях и вредно. Ребенку с первых месяцев жизни важно ощущать стабильность и спокойствие своего окружения. Появление больного ребенка в семье обычно видоизменяет взаимоотношения супругов: иногда способствует ее укреплению, чаще же ведет к распаду семьи.

В соответствии с уровнем знаний, культуры, личностных особенностей родителей и ряда других факторов возникают различные типы реагирования, а соответственно и поведения в связи с появлением в семье ребенка-инвалида. Этот момент, как правило, сопровождается потрясением, приводит родителей в стрессовое состояние, вызывает глубокие переживания, чувство растерянности и беспомощности, нередко служит причиной распада семьи. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик. Качественные изменения, имеющие место в семьях данной категории, могут проявляться на нескольких уровнях.

Психологический уровень. Рождение ребенка с отклонениями воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет ребенка «не такого, как у всех», является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь, матерью. Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Надежды, связываемые с рождением ребенка, рушатся в один миг. Обретение же новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. Это обуславливается многими причинами: психологическими особенностями личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка), комплексом расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития, воздействием социума при контактах с семьей, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.

С момента диагноза патологии родитель проходит предвидимые стадии «работы горя»:

- отчаяние, характеризуемое настоящим шоком и отказом принять реальность («мне показалось, что мир рухнул, и я оказывалась поверить, что все это происходит со мной»);

- отрицание реальности, перепроверка диагноза, бесплодный поиск чудесных вмешательств, способных быстро разрешить проблему («я мечтала, что когда утром я проснусь, то все произошедшее окажется сном, я так сильно этого хотела, что поверила в это»). В крайних случаях сильное отрицание реальности может привести к эмоциональному отвержению ребенка и даже отказу от него;

- гнев, агрессия, обвинение окружающих в том, что они продолжают жить, как ни в чем не бывало, злость, ярость на ребенка, который невольно является источником сильного болезненного напряжения для своих родителей и как следствие такого враждебного отношения неизбежное чувство вины. Это чувство вины может быть таким невыносимым, что его проецируют во вне, занимаясь поисками виновного в болезни ребенка.

- депрессия, апатия, упадок, тоска, печаль, механическое исполнение родительских обязанностей, эмоциональная скудность.

Рождение ребенка с отклонением оказывает деформирующее влияние и на взаимоотношения между родителями. Известны случаи, когда подобные трудности сплывали семью, однако гораздо чаще наблюдается ее распад (32%), что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка.

Социальный уровень. Семья ребенка-инвалида становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу особенностей состояния ребенка с отклонением, а также из-за личностных установок самих родителей. Вследствие тех же причин матери детей с особенностями развития более чем в 30% оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности или переходят на низкооплачиваемую низко квалифицированную работу. Таким образом, общество теряет работника определенной квалификации, который часто навсегда оставляет свою специальность.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных соци-

альных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Суженный круг социальных контактов может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире.

Общество не всегда понимает проблемы таких семей, и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Соматический уровень. Переживания, выпавшие на долю матери ребенка с отклонением в развитии, часто превышает уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах. Психологическое изучение особенностей личностных нарушений, проявляющихся у родителей детей с отклонениями в развитии, позволило выделить три группы матерей со специфическими индивидуально-типологическими характеристиками: невротичный тип, авторитарный тип, психосоматический тип.

Исследования семей с хроническим заболеванием у ребенка выявили универсальные проблемы, напрямую затрагивающие семейное функционирование, которые можно разделить на четыре основные группы:

1. Эмоциональные трудности, которые могут проявиться в:

- детско-родительских отношениях,
- супружеских отношениях,
- отношениях в расширенной семье.

Эмоциональные трудности, испытываемые членами семьи, можно рассматривать, как реакцию семейной системы на стрессовую ситуацию детского заболевания. Стоит также отметить, что характер стрессора и личностные особенности членов семьи оказывают влияние на интенсивность и продолжительность эмоциональных нарушений. Таким образом, в фокусе внимания исследований оказались следующие специфические факторы:

- характеристики заболевания,
- особенности лечения,
- личные характеристики родителей болеющих детей.

2. Функциональные трудности, искажающие различные аспекты деятельности членов семьи в следующих областях:

- профессиональные достижения, карьерный рост, самореализация членов семьи,
- возможности для семейного досуга и отдыха,
- внутрисемейная организация (перераспределение функциональных ролей и обязанностей).

3. Трудности, связанные с взаимодействием с социумом. Эти трудности носят двусторонний характер. Родственники опасаются негативных реакций друзей и соседей, стыдятся изменений внешности ребенка, тревожатся из-за физической и эмоциональной уязвимости ребенка и ограничивают его контакты. Окружающие отвечают настороженным отношением к больным детям. В результате возникает социальная изоляция.

4. Финансовые трудности, обусловленные функциональными изменениями в жизни семьи на фоне серьезного детского заболевания. Необходимы затраты на:

- дорогостоящие препараты, медицинское оборудование, пребывание в стационаре,
- транспортные затраты при переездах к месту госпитализации, которое может находиться на большом расстоянии от места проживания семьи.

Семье трудно справиться с возросшей финансовой нагрузкой, поскольку обычно один из родителей полностью посвящает себя заботе о ребенке и оставляет работу.

Все группы трудностей не существуют изолированно друг от друга, являются взаимосвязанными и взаимодополняющими.

Семьи, воспитывающие детей с нарушением психического развития, характеризуются определенными признаками:

- родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка;
- личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей, и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;
- семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается – возникающие проблемы затрагивают не только внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении; родители стараются скрыть факт нарушения психического развития у ребенка и наблюдения его психиатром от друзей и знакомых, соответственно круг внесемейного функционирования сужается.

· «особый психологический конфликт» возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

При рождении ребенка с нарушением психического развития основная нагрузка как физическая, так и психологическая ложится на плечи матери. Отец в семье с больным ребенком – единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и, практически, не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Проводя большую часть времени с нуждающимся в постоянном уходе ребенком, она оказывается наиболее уязвленной возникающими при этом трудностями при взаимодействии как с членами семьи, так и с различными социальными структурами.

Система ролей женщины подразделяется на индивидуальные роли на уровне семьи; роли на уровне подсистем; роли в обществе. Ситуация «особого» материнства нарушает с точки зрения социума общепринятые нормы, входящие в социальную роль матери. Не всегда ребенок может овладеть определенным набором умений и навыков, матери сложно контролировать его поведение – эти, не соответствующие ожиданиям окружающих проявления, могут восприниматься ими, как результат неспособности женщины справиться со своей ролью. С другой стороны, чувство вины и высокий уровень тревожности, характерные для матери ребенка с нарушением психического развития, могут исказить реальность. В таком случае женщина приписывает окружающим это осуждение.

Несоответствие материнского статуса ожиданиям, вызванное своеобразием ребенка, его неадекватными проявлениями, ведут к общей неудовлетворенности ролью матери. Как следствие, возможны либо самообвинительные реакции и рост внутренней конфликтности, либо построение психологических защит и повышение их уровня.

В случае «особого» материнства взаимосвязь «мать – ребенок» часто носит симбиотический характер. Идентифицируя себя со своим ребенком, мать воспринимает его неудачи как свои собственные. Идентификация имеет глубинные корни и происходит на бессознательном уровне. Любая несправедливость по отношению к ребенку – объективная, либо субъективная – воспринимаемая матерью, переносится ею на собственное «Я», снижает самооценку, формирует протестные реакции и повышает уровень психологических защит.

Часто для родителей становится свойственным неконструктивное решение проблем. Возможны два варианта неконструктивного решения проблем. Часть из них ищут виноватых. Сопоставление действительно-

сти с идеальной моделью семьи и ролью в ней родителей выливается в субъективное ощущение личной неадекватности. И здесь велика опасность в формировании негативного мироощущения, которое становится средством моральной самозащиты, позволяющей оправдать и принять как должное весь спектр наличествующих негативных ощущений.

Для другой части родителей характерно самообвинение, что также разрушительно для личности.

Усугубляют проблемы родителей среднего возраста отсутствие перспективы на будущее, страх собственной смерти и возможные, связанные с этим изменения не в лучшую сторону в жизни их «особого ребенка».

Следовательно, можно выделить как общие, так и индивидуально-типологические особенности семейных проблем родителей, имеющих умственно отсталых детей, что позволяет разработать коррекционные программы, ориентированные как на сами семейные отношения, так и в отдельности на родителей и их детей.

Выделяют три типа семей по реакции родителей на появление ребенка инвалида:

- с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы;
- с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т. д.;
- со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Таким образом, проблемы семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, носят комплексный характер, проявляющийся в:

- восприятии отклонений в развитии ребенка как трагедии всей жизни;
- наличии стойкого конфликта между имевшимися ожиданиями родителей по отношению к ребенку и реальной ситуацией;
- комплексе психоэмоциональных проблем:
 - а) психоэмоциональном вакууме,
 - б) чувстве тревоги и вины;
 - в) депрессивном фоне настроения и восприятия жизненных перспектив;
 - г) актуализированном страхе смерти;
- д) развитии неправильных ролей при взаимодействии с окружающими;
- отказе от собственных жизненных планов и смыслов;
- появлении комплексов неполноценности;
- развитии общей семейной неудовлетворенности;
- специфических защитных реакциях родителей и компенсаторном поведении;
- снижении самооценки и оценки своего партнера по браку.

РАЗДЕЛ 2.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ

2.1. Причины возникновения отклонений в развитии у детей

Под причиной отклонения в развитии понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего неблагоприятного фактора, который определяет специфику поражения или нарушения развития психомоторных функций.

Возникновение отклонений в развитии связано с действием, как разнообразных неблагоприятных факторов внешней среды, так и с различными наследственными влияниями.

В последнее время получены данные о новых наследственных формах умственной отсталости, глухоты, слепоты, сложных дефектов, патологии эмоционально-волевой сферы и поведения, в том числе и раннего детского аутизма (РДА).

Современные достижения клинической, молекулярной, биохимической генетики и цитогенетики позволили уточнить механизм наследственной патологии. Через специальные структуры половых клеток родителей – хромосомы – передается информация о признаках аномалий развития. В хромосомах сосредоточены функциональные единицы наследственности, которые носят название генов.

В связи с большим разнообразием наследственных заболеваний ЦНС, обуславливающих аномалии развития, их дифференциальная диагностика весьма затруднена. Вместе с тем необходимо отметить, что правильный ранний диагноз заболевания имеет первостепенное значение для проведения своевременных лечебно-коррекционных мероприятий, оценки прогноза развития, а также для предупреждения в данной семье повторного рождения детей с отклонениями в развитии.

Наряду с наследственной патологией нарушения психомоторного развития могут возникать в результате воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов окружающей среды. Это – инфекции, интоксикации, травмы и т.п.

В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют внутриутробную патологию (воздействие в период беременности); повреждения в родах и неблагоприятные воздействия после рождения, в первые 3 года жизни.

В настоящее время установлено, что внутриутробная патология часто сопровождается повреждением нервной системы ребенка в родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином перинатальная энцефалопатия. Причиной перинатальной энцефалопатии, как правило, является кислородное голодание головного мозга в сочетании с асфиксией (обвитие пуповиной) и родовой травмой.

Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии способствуют различные нарушения внутриутробного развития плода, снижающие его защитные и адаптационные механизмы. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и к гибели нервных клеток в местах их возникновения. У недоношенных детей внутричерепные кровоизлияния часто возникают по причине слабости их сосудистых стенок.

Наиболее тяжелые отклонения в развитии возникают при клинической смерти новорожденных, которая возникает при сочетании внутриутробной, патологии с тяжелой асфиксией в родах. Установлена определенная зависимость между длительностью клинической смерти и тяжестью поражения ЦНС. При клинической смерти более 7-10 минут часто возникают малообратимые изменения со стороны ЦНС с проявлениями в дальнейшем детского церебрального паралича, речевых расстройств, нарушений умственного развития.

Тяжелые родовые травмы, кислородное голодание и асфиксия в родах могут быть как единственной причиной отклоняющегося развития, так и фактором, сочетающимся с внутриутробным недоразвитием мозга ребенка.

Среди причин, обуславливающих отклонения в психомоторном развитии ребенка, определенную роль может играть иммунологическая несовместимость между матерью и плодом по резус-фактору и антигенам крови (резус-конфликт).

Резус или групповые антитела, проникая через плацентарный барьер, вызывают распад красных кровяных телец плода. В результате этого выделяется особое, токсичное для центральной нервной системы вещество – непрямой билирубин. Под влиянием непрямого билирубина в первую очередь поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха, речи, расстройствам эмоциональной сферы и поведения. Возникает так называемая билирубиновая энцефалопатия.

При преимущественно внутриутробных поражениях мозга возникают наиболее тяжелые отклонения в развитии, включающие умственную отсталость, недоразвитие речи, дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата. Эти сложные дефекты могут сочетаться с пороками развития внутренних органов, которые часто наблюдаются при различных инфекционных, особенно вирусных, заболеваниях беременной женщины. Наиболее тяжелое поражение плода возникает при заболевании матери в первые три месяца беременности.

Частота поражения плода при различных вирусных заболеваниях будущей матери неодинакова. Наиболее неблагоприятны в этом отношении краснуха, свинка, корь. Поражение плода также может быть и при заболевании беременной женщины инфекционным гепатитом, ветряной оспой, гриппом и др.

У женщин, перенесших во время беременности краснуху, особенно в период от 4 недель до 4 месяцев, отмечается высокая частота рождения детей с пороками развития мозга, дефектами органов слуха, зрения, а также сердечно-сосудистой системы.

Внутриутробная патология имеет место при наличии у беременной женщины скрытых (латентных) хронических инфекций, особенно таких, как токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис и др. Поражение мозга плода при этих инфекциях часто приводит к умственной отсталости, сочетающейся с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, эпилептическими припадками и др.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают также внутриутробные интоксикации (отравления), нарушения обмена веществ у беременной женщины.

Внутриутробные интоксикации могут возникать при применении матерью во время беременности лекарственных средств. Доказано, что большинство лекарственных препаратов проходит через плацентарный барьер и проникает в кровеносную систему плода. К таким препаратам относятся нейролептические, снотворные и успокаивающие средства, многие антибиотики, салицилаты, и в частности, аспирин, анальгетики, в том числе лекарства, применяемые при головной боли, и многие другие. Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода могут оказать различные гормональные препараты и даже большие дозы витаминов, препарата кальция. Особенно выражен токсический эффект всех этих препаратов в ранние сроки беременности.

Особенно неблагоприятное влияние на развивающийся плод оказывает употребление матерью во время беременности алкоголя, наркотических средств, а также курение.

Специальные исследования последних лет показали наличие связи между сроком беременности и характером влияния алкоголя на потомство. Употребление алкоголя будущей матерью в первые три месяца беременности, особенно в первые недели после зачатия, как правило, вызывает гибель клеток зародыша, что приводит к грубым порокам развития нервной системы плода. Алкоголизация плода на более поздних сроках беременности вызывает структурные изменения в его нервной и костной системах, а также в различных внутренних органах. Такие системные проявления алкогольного повреждения плода во внутриутробном периоде получили название алкогольного синдрома плода. При алкогольном синдроме плода выраженные нарушения психомоторного развития, включающие умственную отсталость, обычно сочетаются с множественными пороками развития: дефектами в строении черепа, лица, глаз, ушных раковин, скелетными аномалиями, врожденными пороками сердца и выраженной дисфункцией со стороны центральной нервной системы.

Установлено, что хронический алкоголизм матери, как правило, сочетается с систематическим курением, более частым употреблением наркотиков и лекарственных препаратов с наркотическим действием. В этих случаях у ребенка наблюдаются явно выраженные отклонения в развитии, сочетающиеся с нарушениями поведения и часто судорожными припадками. Кроме того, многие из этих детей отличаются выраженной физической ослабленностью, низкой жизнеспособностью.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают различные нарушения обмена веществ у беременной женщины, чаще всего возникающие при поздних токсикозах беременности.

Отрицательное воздействие на развитие плода оказывают также такие заболевания, как сахарный диабет, гормональная недостаточность, различные наследственные болезни обмена веществ, например, фенилкетонурия.

Причиной нарушения развития плода могут быть различные физические факторы, и в первую очередь, радиация, а также действие токов высокой частоты, ультразвука и др. Кроме непосредственного повреждающего действия на мозг плода, эти факторы повреждают половые клетки родителей и приводят к генетическим заболеваниям.

Нарушения психомоторного развития возникают и под влиянием различных неблагоприятных факторов после рождения. В этих случаях отмечаются отклонения в развитии, имеющие органическую или функциональную природу.

К нарушениям органического характера относятся, прежде всего, различные нейроинфекции – энцефалиты, менингиты, менингоэнцефа-

литы, а также вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие как осложнения при различных инфекционных детских заболеваниях (кори, скарлатине, ветряной оспе и др.). При воспалительных заболеваниях головного мозга часто имеет место гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью. Кроме того, в этих условиях может развиваться гидроцефалия (водянка головного мозга) с повышением внутричерепного давления (гидроцефально-гипертензионный синдром). Оба этих фактора – гибель нервных клеток и развитие гидроцефалии – способствуют атрофии участков мозга, что приводит к различным отклонениям в психомоторном развитии, которые проявляются в виде двигательных и речевых расстройств, нарушений памяти, внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения. Кроме того, иногда наблюдаются головные боли и судорожные припадки.

Черепно-мозговые травмы также могут вызывать органическое повреждение ЦНС. Характер последствий черепно-мозговой травмы зависит от ее вида, обширности и локализации поражения мозга. Однако следует иметь в виду, что при повреждении незрелого мозга нет прямой корреляции между локализацией и тяжестью поражения, с одной стороны, и отдаленными последствиями в аспекте нарушений психомоторного развития, с другой. Поэтому при оценке роли экзогенно-органических факторов в возникновении отклонений в психомоторном развитии необходимо учитывать время, характер и локализацию повреждения, а также особенности пластичности нервной системы ребенка, его наследственную структуру, степень сформированности нервно-психических функций в момент повреждения мозга.

Нарушения психомоторного развития отмечаются у детей с тяжелыми и длительными хроническими заболеваниями.

Известно, что многие заболевания у новорожденных и грудных детей могут обуславливать поражение нервной системы в результате нарушений обмена веществ и накопления токсических продуктов; неблагоприятно воздействующих на развивающиеся нервные клетки. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях чаще возникает у недоношенных и детей, а также в случаях внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах.

Так, задержка психомоторного развития различной степени выраженности может наблюдаться у детей с нарушениями кишечного всасывания. Нервно-психические отклонения проявляются у них уже с первых месяцев жизни: они отличаются повышенной нервной возбу-

димостью, нарушениями сна, замедленным формированием положительных эмоциональных реакций, общения со взрослым. В дальнейшем эти дети отстают в умственном и речевом развитии, у них с задержкой формируются все интегративные функции, в частности зрительно-моторная координация.

К функциональным причинам, вызывающим отклонения психомоторного развития, относятся социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация (недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым), главным образом в первые годы жизни. Известно, что неблагоприятные условия воспитания, особенно в младенческом и раннем возрасте, замедляют развитие коммуникативно-познавательной активности детей. Выдающийся отечественный психолог Л.С. Выготский неоднократно подчеркивал, что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития.

Таким образом, зная спектр причин, которые могут вызывать отклонения в развитии, необходимо обращать внимание не только на самого ребенка и его развитие, но и на состояние здоровья родителей, их образ жизни, привычки, психологический комфорт, в семье, который так необходим всем членам семьи.

2.2. Основные виды отклоняющегося развития у детей

В настоящее время врачами, психологами и педагогами установлено, что существует много вариантов отклонений, которые снижают возможности ребенка, приносят своеобразие в его общее развитие.

Одни нарушения носят центральный (мозговой) характер, другие – периферический (затрагивают нервную систему). В одних случаях нарушается речевое либо интеллектуальное развитие, в других выявляется сенсорный дефект (нарушения слуха, зрения и т.д.), иногда нарушения касаются двигательной сферы. Одни нарушения более легкие, другие носят тяжелый органический характер. В последнее время чаще встречаются не тяжелые, а слабо выраженные (или, как их еще называют, парциальные, частичные) нарушения.

Особенность детского мозга проявляется в том, что даже незначительные его поражения отрицательно сказываются на всем процессе развития (созревания) центральной нервной системы. А при тяжелом нарушении его следы остаются на долгие годы, а иногда на всю жизнь. Все дальнейшее развитие ребенка идет в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Если своевременно как можно

раньше не организовать лечебного и коррекционно-педагогического воздействия, то ребенок будет отставать в психическом развитии.

Кроме того, нарушения психомоторного развития имеют различную динамику (изменения). Наряду со стойкими отклонениями в развитии, обусловленными поражением мозга, наблюдается множество так называемых обратимых вариантов, которые возникают при легкой мозговой дисфункции, соматической ослабленности, педагогической запущенности. Эти отклонения могут быть полностью преодолены при условии своевременного проведения необходимых лечебно-коррекционных мероприятий.

Необходимо заметить, что все стороны психики связаны между собой, их развитие взаимообусловлено. Сенсорное развитие (зрение и слух) включает развитие ощущений, восприятия, представлений, т.е. сложную работу анализаторов от приема внешних сигналов периферическими органами чувств до сложной переработки головным мозгом всей поступающей информации.

Полноценное функционирование органов чувств и моторики имеет большое значение для психического развития, является основой формирования сложных психических процессов (мышления, речи, воображения). Определенный уровень развития сенсорных и моторных процессов в их тесной связи с развитием речи составляет фундамент формирования познавательной деятельности ребенка. Развитие психической деятельности у всех детей идет по одним закономерностям: от восприятия и представления к наглядно-действенному, наглядно-образному и затем к элементам понятийного мышления. Во всех этих процессах большую роль играет речь.

Поэтому различают первично пострадавшее звено и вторичные проявления в структуре отклонения, вызванные основным поражением. Например, у ребенка с нарушенной слуховой функцией, при нарушении физического (тонального) слуха вторичным в структуре дефекта является нарушение собственной (экспрессивной) речи. Или у ребенка с тяжелым недоразвитием речи вторичным проявлением основного дефекта являются нарушения письменной речи (чтения и письма – дислексия, дисграфия), а двигательная неполноценность при детском церебральном параличе вызывает вторичное нарушение ориентировки в пространстве и конструктивной деятельности ребенка.

Для того чтобы понять, в чем заключается специфика того или иного ребенка, необходимо знать, как он развивается. *Недоразвитие органов слуха и зрения* лишает ребенка важнейших источников информации, что приводит к задержке психического и речевого развития,

особенно если ребенок лишился слуха или зрения в раннем возрасте (до 3-х лет). То, на сколько происходит отставание в психическом развитии, зависит от причин, тяжести и времени возникновения нарушения слуха или зрения. Чем раньше и тяжелее нарушены слух или зрение, тем более выражена у ребенка задержка психического и речевого развития.

Нарушение слуха (глухота, тугоухость) непосредственно влияет на речевое развитие ребенка и оказывает опосредованное влияние на формирование памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслышащего и слабослышащего ребенка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени.

Значительную часть знаний об окружающем мире нормально развивающийся ребенок получает через слуховые ощущения и восприятия. Неслышащий ребенок лишен такой возможности, или они у него крайне ограничены. Это затрудняет процесс познания и оказывает отрицательное влияние на формирование других ощущений и восприятий. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения.

Память неслышащих и слабослышащих детей отличается рядом особенностей. Значительно интенсивнее, чем у нормально слышащих детей, меняются представления (происходит потеря отчетливости, яркости воспроизведения объекта, уменьшение размеров, перемещение в пространстве отдельных деталей объекта, уподобление предмета другому, хорошо известному). Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому у детей затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов. Специалисты отмечают, что особенности словесной памяти детей с нарушениями слуха находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития.

Специфические особенности воображения детей с недостатками или отсутствием слуха обусловлены замедленным формированием их речи и абстрактного мышления. Воссоздающее воображение играет особую роль в познавательной деятельности глухих и слабослышащих детей. Его развитие затрудняется ограниченными возможностями ребенка к усвоению социального опыта, бедностью запаса представлений об окружающем мире, неумением перестраивать имеющиеся представления в соответствии со словесным описанием. Исследование творческого

воображения глухих и слабослышащих детей также показывает наличие ряда особенностей, связанных с недостаточным объемом информации об окружающем мире. Подчеркивая необходимость развития воображения глухих и слабослышащих детей, специалисты отмечают его важное влияние на процесс формирования личности в целом.

Особенности мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Наиболее ярко это проявляется в развитии словесно-логического мышления. При этом наглядно-действенное и образное мышление глухих и слабослышащих учащихся также имеет своеобразные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике. Исследования показали, что глухому школьнику нужно несколько больше времени для осмысления полученных знаний, чем его слышащему сверстнику.

У ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи и составных частей языка (словарный запас, грамматический строй, фонетический состав). Поэтому дети, страдающие глубокими нарушениями слуха, в общем уровне развития отстают от своих сверстников. На почве нарушений устной речи ребенка возникает расстройство письменной речи, которое проявляется в форме различных дисграфий и аграмматизмов. При полной потере слуха речь ребенка формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимико-жестовой речи, дактильной, чтения с губ.

В соответствии с общими закономерностями психического развития личность глухого и слабослышащего ребенка формируется в процессе общения со сверстниками и взрослыми в ходе усвоения социального опыта. Нарушение или полная потеря слуха приводят к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и не может не отразиться на формировании их личности. Слышащие дети значительную часть социального опыта усваивают спонтанно, дети с нарушениями слуха в этом плане ограничены в своих возможностях. Трудности общения и своеобразия взаимоотношений с обычными детьми могут привести к формированию некоторых негативных черт личности таких, как агрессивность, замкнутость.

У детей с *нарушением зрения* (слепых или слабовидящих) отмечается ограниченность знаний и представлений об окружающем мире, недостаточность абстрактного мышления, неточная предметная соот-

несенность слов. Нарушение зрения тормозит развитие двигательных навыков, у детей невысокая моторная активность, оптико-пространственное недоразвитие, общая медлительность, повышенная утомляемость и истощаемость.

Нарушение зрения сказывается на взаимодействии необходимых для правильного развития речи анализаторных систем: слуховой, двигательной и осязательной. У детей отмечается замедление темпа психического, в том числе и речевого развития. У такого ребенка значительно сужены возможности общения, взаимодействия с окружающим миром; он нуждается в помощи взрослого при организации предметной и игровой деятельности. Его информативные связи сужены, ребенок не может нормально общаться с окружающими.

Состояние психических процессов детей с нарушениями зрения зависит от микросоциальной среды, от стимулирования общей и речевой активности ребенка и от ряда других факторов.

Адаптация детей с нарушенным слухом или зрением в обществе часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, которые формируются как вторичные отклонения из-за первичного дефекта и ограничения социальных контактов, вследствие длительного пребывания маленького ребенка в лечебном учреждении, неадекватных условий воспитания ребенка в семье. Поведенческие и эмоциональные нарушения детей с такими дефектами могут быть обусловлены и наличием органического поражения центральной нервной системы. Однако специалисты считают, что при своевременно оказанной коррекционной помощи отклонения в развитии личности детей могут быть преодолены. Эта помощь заключается в преодолении сенсорной и социальной депривации, в развитии социальных контактов ребенка, во включении его в общественно-полезную деятельность.

У детей дошкольного возраста часто встречаются *нарушения в развитии речи*. В этой группе нарушений отмечаются отклонения в развитии звуковой стороны речи. Есть дети, у которых полностью не сформирована система звуков родного языка: они пропускают, искажают, заменяют разное количество звуков. В основе этого могут лежать дефекты строения речевого аппарата, нарушение его подвижности, деятельности, нарушения речевого слуха (ребенок не слышит звуков речи к их последовательности в словах – какой звук первый, последний и т.д.; не различает (не дифференцирует) близкие по звучанию фонемы: шипящие/свистящие, твердые/мягкие, глухие/звонкие звуки и др.).

Иногда неправильное звукопроизношение связано с дефектной речью окружающих, ребенок говорит плохо, подражая неправильной речи

взрослых. Нарушение звукопроизношения может быть следствием педагогической запущенности, отсутствия внимания к развитию речи ребенка. В других случаях нарушение звукопроизношения может быть проявлением какого-то более серьезного, органического нарушения, неполадок в центральной нервной системе ребенка, ведь речь – это одна из функций центральной нервной системы.

Нарушения звукопроизношения бывают простыми, если нарушены один или несколько звуков из одной фонетической группы («с»-«з», «ш»-«ж» и т.д.), и сложными, когда нарушены звуки разных фонетических групп («ш», «с», «л», «р» и т.д.).

Некоторые особенности звукопроизношения ребенка младшего возраста расцениваются как физиологические особенности речи, так как примерно до 5 лет у ребенка еще недостаточно развита подвижность речевого аппарата (артикуляционная моторика) и недостаточно сформирован речевой слух. Но это не значит, что логопедическое воздействие надо откладывать на более позднее время. Логопедическую работу в таких случаях надо начинать как можно раньше, чтобы по возможности раньше устранить имеющиеся недочеты.

Нарушения звукопроизношения называются дислалией. Различают механическую дислалию, когда у ребенка неправильный прикус (соотношение верхней и нижней челюстей: чрезмерно выступает вперед верхняя или нижняя челюсть, не совпадают средние линии – середины челюстей, перекокс нижней челюсти); короткая подъязычная связка (уздечка языка), чрезмерно большой или очень маленький, узкий язык. В таких случаях необходима консультация (а иногда и лечение) у ортодонта, стоматолога, оториноларинголога.

Нарушения звукопроизношения при правильном строении артикуляционного аппарата называют функциональной дислалией. В этих случаях дефект связан с неточными, неправильными движениями артикуляционного аппарата или с нарушением восприятия звуков.

Часто встречается другой тип нарушения звукопроизводительной стороны речи – дизартрия. В таких случаях дефект не исчерпывается неправильным звукопроизношением. У ребенка отмечаются и нарушения просодической стороны речи – темпа (замедленный или убыстренный), ритма и плавности (речь скандированная (послоговая), фрагментарная, скачкообразная) и интонации.

Произношение детей с дизартрией неясное, нечеткое, смазанное, с носовым оттенком (гнузавое, назализованное). Отмечаются грубые нарушения выполнения отдельных движений, удержание определенной

артикуляционной позы. Движения его затруднены и неточны. Отмечаются нарушения не только речевой, но и внеречевой моторики артикуляционного аппарата: ребенок плохо жует, глотает, давится, поперхивается. В тяжелых случаях ему дают только жидкую и вязкую пищу, иную он глотать не в состоянии. Нарушено речевое дыхание: оно поверхностное, короткое, воздушная струя, являющаяся энергетической основой речи, слабая и ненаправленная. Голос тихий, приглушенный.

К тяжелым случаям нарушений речи относится ринолалия – нарушение звукопроизношения и интонации, в первую очередь, голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин губы, десны, твердого и мягкого нёба («волчья пасть», «заячья губа»). Речь ребенка долго остается невнятной из-за произношения в нос и нарушения произношения разных (часто многих) звуков.

Открытая ринолалия – следствие врожденного дефекта твердого и (или) мягкого нёба. Наличие врожденной открытой ринолалии нарушает весь комплекс согласованных рефлекторных движений, участвующих в механизмах звучной речи, – дыхании, голосообразовании и движений. Чем обширнее расщелина, тем больше ее отрицательное влияние на формирование звуковой стороны речи ребенка. В тяжелых случаях речь ребенка совсем не понятна окружающим. Иногда у ребенка отмечается голос тихий, хриплый, гнусавый, речь неинтонированная, неясная.

Иногда возникают такие нарушения, когда ребенок затрудняется пользоваться речью в процессе общения. Такое нарушение называется алалией (отсутствие речи). При алалии несформированность всей речевой системы связана с недоразвитием головного мозга. У ребенка отсутствует или тяжело нарушена речь по всем ее компонентам: словарь, грамматический строй, связная речь, звукопроизношение. Речь у ребенка с алалией появляется поздно, развивается медленно и всегда оказывается неполноценной. Степени недоразвития речи бывают разные: от полного отсутствия до нерезко выраженного недоразвития речи. Отмечаются трудности словообразования и словоизменения.

При алалии нарушается не только речь, но отмечаются и нарушения других психических процессов. У такого ребенка недостаточные внимание, восприятие, память, нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения. Дети упрямы, капризны, негативистичны. Часто отмечается повышенная чувствительность, склонность к слезам, двигательное беспокойство. Особенности речи и личности ребенка с алалией связаны с недоразвитием клеток коры мозга в определенных областях (чаще все-

го это лобная доля левого полушария). В большинстве случаев говорить с уверенностью о локализации недоразвития трудно, так как у ребенка отмечается минимальная мозговая дисфункция без четкой локализации недоразвитых мозговых клеток.

Слух у детей сохранен, интеллект не страдает. В тяжелых случаях отмечается задержка умственного развития.

Для детей с нарушениями речи характерны: меньший (по сравнению с нормально развивающимися детьми) объем сведений и представлений об окружающем, недостаточность сенсорных, временных и пространственных представлений, снижение способности к запоминанию зрительного и слухового материала, недостаточная целенаправленность и концентрация внимания, снижение уровня психических обобщений, недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи и др. Дети с тяжелыми нарушениями речи нуждаются в комплексном, дифференцированном и целостном воздействии на все стороны развития личности.

У детей с *умственной отсталостью* снижена ориентировочная деятельность, активность, нарушена моторика, отмечается низкий уровень мотивированности и потребностей. Наблюдаются недостаточность внимания, слабость смысловых связей, бессистемность имеющихся представлений, нарушение памяти.

Недоразвиты все компоненты устной речи, касающиеся фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон. Кроме того, у умственно отсталых детей могут быть все виды речевых нарушений как сопутствующие проявления интеллектуального дефекта. Может быть механическая дислалия (нарушение звукопроизношения из-за нарушения строения артикуляционного аппарата), ринопалия (нарушение речи из-за расщелины артикуляционного аппарата), дизартрия (нарушение всей звуковой системы речи из-за нарушенной иннервации артикуляционного аппарата – параличи, парезы), могут быть алалии, афазии, заикание.

У умственно отсталого ребенка в силу недоразвития коры мозга медленно развивается словарь, замедленно формируются обобщающие понятия, дети с трудом абстрагируются от конкретной ситуации, их речевая продукция сводится к использованию заученных речевых шаблонов. Медленно и неточно осуществляется перенос речевого опыта в сходные ситуации, речь недостаточно регулирует деятельность таких детей. Ребенок долгое время общается только вопросно-ответной формой, контекстная речь формируется с трудом. Самостоятельный рассказ сводится

к простому перечислению отдельных предметов и действий, изображенных на картинке. Внимание к речи окружающих и контроль за своей речью у детей снижены.

Проявляются отставания от сверстников во всех видах продуктивной деятельности: рисовании, конструировании, лепке. Игры таких детей часто носят элементарный подражательный характер, избивают стереотипными действиями. Новые сведения усваиваются умственно отсталыми детьми медленно. Их эмоциональные реакции инфантильны. Нередко дети отстают от сверстников и по показателям физического развития.

В ряде случаев у детей наблюдается *задержка психического развития (ЗПР)*. Главное отличие таких случаев от умственной отсталости заключается в обратимости имеющихся у ребенка особенностей развития.

В игровой ситуации эти дети обычно достаточно активны, самостоятельны, продуктивны. Недоразвитие их познавательной деятельности проявляется преимущественно при усвоении программного материала дошкольного образовательного учреждения.

Часто у детей с задержкой психического развития отмечаются неорганизованность, хаотичность деятельности, неуравновешенность поведения, торопливость, беспечность, отсутствие чувства ответственности и другие индивидуально-психологические черты. У таких детей наблюдаются слабость волевых усилий, незрелость эмоционально-волевой сферы, снижение работоспособности, недостаточность отдельных психических функций. Для них характерны двигательная расторможенность или, наоборот, вялость, апатичность, эмоциональная неустойчивость, импульсивность.

Недостаточная выраженность познавательных интересов детей с ЗПР сочетается с нарушениями внимания, памяти, с замедлением скорости приема и переработки сенсорной информации, плохой координацией движений. Негрубые нарушения речи проявляются в отставании в развитии фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.

Выявлены значительные различия в результатах самостоятельной работы таких детей и работы с помощью взрослых. Дети способны принимать помощь, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания. Именно это и отличает детей с ЗПР от умственно отсталых. Потенциальные возможности детей с задержкой психического развития достаточно высокие.

Тяжелые нарушения общения наблюдаются при *раннем детском аутизме (РДА)*, который проявляется уже в первые 2-3 года жизни. Основным его симптомом является нарушение общения, контакта ребенка

с окружающими. Ребенок погружается в мир своих фантазий, собственных переживаний. Он замкнут, отказывается от общения, не смотрит в глаза окружающим, избегает телесного контакта, ласки близких.

Для таких детей характерна однообразная нецеленаправленная двигательная активность: они могут длительное время ходить по кругу, выполнять стереотипные движения, нашепывать что-то, выкрикивать отдельные звуки и слова. Двигательное беспокойство чередуется с застытием в одной позе, заторможенностью.

Отличительной особенностью детей с аутизмом является неравномерность психического развития в целом, а также отдельных психомоторных функций. Интеллект детей с аутизмом может быть нормальным, но развит негармонично, бывает умственная отсталость, и наконец, среди таких детей встречаются одаренные.

Иногда у ребенка бывает *сложный дефект*, так называют сочетание двух и более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности воспитания и обучения ребенка. Например, одновременные нарушения зрения и слуха, зрения и речи, слуха и моторики т.д.

При осложненном дефекте возможно выделение (определение) ведущего или главного нарушения и осложняющих его расстройств. Например, у умственно отсталого ребенка могут быть снижение слуха или зрения, эмоциональные или поведенческие нарушения, дефекты опорно-двигательной сферы, речи. В одних случаях говорят о недоразвитии какой-либо функции, в других – о ее повреждении.

Также у детей бывают нарушения опорно-двигательного аппарата. Чаще всего встречается *детский церебральный паралич (ДЦП)*, в основе которого лежит раннее повреждение или недоразвитие мозга, вследствие которого возникают различные психомоторные нарушения: повышение мышечного тонуса (спастичность) в сочетании со слабостью мышц (паретичностью), что приводит к ограничению или невозможности произвольных движений; появление насильственных движений (гиперкинезов); нарушение равновесия и координации движений (неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе); нарушения ощущения движений тела или его частей. Нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит, прежде всего, от места поражения мозга, приводят к расстройствам двигательной сферы. Особенно нарушено выполнение тонких движений. Так, при отсутствии выраженных парезов в мускулатуре произвольные движения выполняются неточно и несоразмерно, часто с чрезмерной двигательной амплитудой, а также с трудностями сохранения определенных поз за счет мелкого дрожания.

У детей отмечаются подергивания языка, губ иногда в сочетании с гримасами лица, дрожание языка, в тяжелых случаях – непроизвольное открытие рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка. Насильственные движения наблюдаются и в покое. Этим они отличаются от непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях.

При ДЦП часто проявляется синдром нарушений речевого дыхания, а также голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением подвижности. Наиболее часто они характеризуются недостаточной силой голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушениями тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т.д.), слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона).

Грубое нарушение речи, двигательных функций отрицательно отражается на умственном и общем развитии ребенка с ДЦП. Однако, несмотря на всю сложность и многообразие проявлений основного дефекта при ДЦП, большинство детей способны овладеть комплексом трудовых навыков благодаря использованию оптимальных приемов и методов обучения. Обязательным условием успешности обучения является учет индивидуальных особенностей проявления патологии, тесное сотрудничество учителей, врачей, психологов и родителей.

Специальная организация системы обучения, сочетание восстановительного лечения, психологической помощи, коррекционной работы с освоением адаптированных образовательных программ и трудовой подготовкой приводят к успешной реабилитации детей с детскими церебральными параличами.

РАЗДЕЛ 3.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

3.1. Признаки отклоняющегося развития у детей на разных возрастных этапах

Основы здоровья или нездоровья человека закладываются в самом раннем возрасте, поэтому своевременная диагностика и коррекция имеющихся нарушений – одна из основных задач, в решении которой принимают участие не только специалисты, но и прежде всего родители. В этой связи знание основных закономерностей нормального психомоторного развития, начиная с первых дней жизни, позволит родителям, как можно раньше выявить у ребенка имеющиеся отклонения.

Психическое развитие осуществляется под влиянием биологических и социальных факторов в их неразрывном единстве. Соотношение этих факторов в формировании различных функций неоднозначно. Становление таких жизненно важных функций, как регуляция дыхания, сердечнососудистой деятельности, пищеварения, в основном предопределяется биологическими факторами (генетической программой развития). Формирование же функциональных систем, связанных с высшей нервной деятельностью, в значительной степени обусловлено особенностями социального окружения, обучения и воспитания.

В психомоторном развитии ребенка первого года жизни выделяют несколько периодов, на каждом из которых происходит поступательное усложнение довербальных форм общения, составляющих основу для становления речи и мышления.

Первые дни жизни большую часть суток новорожденный проводит во сне. Однако ошибаются те, кто считает, что спящий ребенок не воспринимает звуки окружающего мира. Младенец реагирует на резкие, громкие звуки, поворачивая голову к источнику звука, закрывает глаза. А если они были закрыты, то ребенок еще сильнее смыкает веки, морщит лоб, на лице появляется выражение испуга или недовольства, учащается дыхание, малыш начинает плакать.

У новорожденного ребенка, наряду с набором первичных врожденных рефлексов, обеспечивающих жизненно важные функции сосания, глотания, дыхания, регуляции мышечного тонуса, отмечается преобладание восприятия контактных раздражений. На различные тактильные раздражители ребенок отвечает общей и местной двигательной реакцией. При этом наиболее развиты у него защитные рефлексы, возникающие при раздражении глаз или области рта. Так, при болевом раздражении в области глаз ребенок зажмуривает глаза, в области угла рта – поворачивает голову в противоположную сторону. Кроме того, у него хорошо выражены все безусловные рефлексы, связанные с кормлением.

К середине 1-го месяца, а иногда и раньше, дети начинают «осмысленно» оглядываться по сторонам, все дольше останавливая взгляд на заинтересованных их предметах.

Уже в первый период – период новорожденности (0-1 мес.) – наряду с набором врожденных приспособительных реакций, играющих основную роль в жизнедеятельности организма, можно с 3-4-й недели жизни выявить начальные предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос или улыбку начинает возникать ротовое внимание – ребенок замирает, его губы слегка вытягиваются вперед, он как бы «слушает» губами. Первыми «объектами» повышенного внимания бывают лица самых близких людей: мамы, папы и тех, кто ухаживает за ребенком

Вслед за этой реакцией появляется улыбка. Уже в период новорожденности можно отметить, что ребенок быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

К концу 1-го месяца ребенок начинает вполне осознанно улыбаться при виде любимых людей, поворачивать голову к источнику звука, недолго следить за движущимся предметом.

На 2-м месяце у ребенка значительно снижается тонус в мышцах-сгибателях конечностей и повышается тонус в мышцах-разгибателях. Движения малыша становятся более разнообразными – он поднимает руки, разводит их в стороны, потягивается, удерживает вложенную в руку игрушку и тянет ее в рот. Ребёнок начинает интересоваться яркими красивыми игрушками, подолгу их рассматривает, задевает и толкает их руками, однако самостоятельно захватить ладонью еще не может. Лежа на животе, а затем и в вертикальном положении ребенок поднимает голову – это первое сознательное движение, которое он освоил. Вскоре, находясь на руках у мамы, он уже уверенно оглядывается по сторонам, причем первое время его

внимание привлекают неподвижные предметы, расположенные на большом расстоянии. Это связано с особенностями строения зрительного аппарата. Затем малыш начинает рассматривать и более близкие предметы, поворачивать голову и следить глазами за движущейся игрушкой. В этот период у детей преобладают положительные эмоции – улыбка, двигательное оживление, гуление при виде маминого лица, в ответ на ласковое обращение.

На 3-м месяце ребенок становится еще более активным, начинает переворачиваться вначале со спины на бок, а затем на живот, уверенно держат голову. Ребёнку нравится лежать на животе, при этом он опирается на предплечья, поднимает голову и верхнюю часть туловища, внимательно осматривает окружающие его предметы, игрушки, делает попытки дотянуться до них. Одним из важных показателей нормального психомоторного развития и формирования межфункциональных связей является, в частности, фиксация взора ребенка на своей руке, которая в норме возникает в возрасте 2-3 месяцев, а затем направление руки к объекту. Движения руками разнообразны. Лежа на спине, ребенок быстро и точно захватывает предмет, вложенный в ладонь, тянет его в рот. У него уже появляются свои предпочтения – одни игрушки его радуют больше других, как правило, это небольшие погремушки, которые он может самостоятельно удерживать в руке.

К 3 месяцам ведущую роль в психическом развитии ребенка начинает играть слуховое восприятие.

Реакция на звуковой раздражитель с возможностью локализации звука в пространстве появляется у здорового ребенка в возрасте 7-8 недель, более отчетливо – в 10-12 недель, когда ребенок начинает поворачивать голову в сторону звукового раздражителя. Спустя некоторое время такая же реакция возникает на звучащую игрушку. В возрасте 8-10 недель ребенок поворачивается к источнику звука, расположенному над головой, а к 3 месяцам он быстро локализует звук любого направления не только в положении лежа, но и в вертикальном положении на руках у взрослого.

К 3 месяцам слуховые реакции начинают приобретать доминантный характер. Наряду с интенсивным развитием реакций на зрительные и слуховые раздражители более отчетливо проявляются эмоциональные реакции на общение со 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, вскидывание ручек, перебира-

ние 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 нормальном психическом развитии ребенка.

В 4 месяца малыш совершенствуется в умении поворачиваться со спины на живот и с живота на спину, садится с поддержкой за руку. У младенца полностью угасает хватательный рефлекс, а на смену ему приходит произвольное захватывание предметов. К 4 месяцам у ребенка формируется реакция активного осязания под контролем зрения. Это проявляется в том, что после зрительного сосредоточения на каком-либо предмете он направляет к нему обе руки и начинает ими водить по этому предмету.

Вначале, при попытке взять в руки и удержать игрушку, малыш промахивается, захватывает ее обеими руками, совершает множество лишних движений и даже открывает рот, однако вскоре движения становятся все более точными и четкими. Помимо игрушек, четырехмесячный малыш начинает ощупывать руками одеяло, пеленки, свое тело и особенно руки, которые затем внимательно рассматривает, подолгу удерживая в поле зрения. Значение этого действия – рассматривания рук – в том, что ребенок вынужден долго удерживать их в одном положении, что невозможно без длительного сокращения отдельных групп мышц и требует определенной степени зрелости нервной системы, зрительного анализатора и мышечного аппарата. Малыш начинает сопоставлять свои тактильные ощущения и зрительно воспринимаемые образы, расширяя тем самым представления об окружающем мире.

Зрительно-моторная координация становится узловой функцией с 5 го месяца жизни ребенка. Это проявляется в том, что ребенок тянется к видимому и близко расположенному предмету, контролируя движения руки взглядом. На этом же этапе у ребенка формируются зрительно-тактильно-моторные связи, что проявляется в тенденции тянуть в рот находящуюся в руке игрушку.

Развитие трехзвеньеовой связи типа зрительно-моторно-тактильной служит основой для формирования в дальнейшем манипулятивной и игровой деятельности. На основе зрительно-моторного манипулятивного поведения у ребенка уже со второго полугодия жизни формируется активная познавательная деятельность.

При общении со взрослыми у 4-5 месячного ребенка развивается комплекс оживления, который включает в себя эмоциональные, двигательные и речевые реакции – улыбку, энергичные движения, длительное гуление со множеством гласных звуков.

На данном этапе жизни реакции, входящие в комплекс оживления, все более дифференцируются. Ребенок старше 4 месяцев при приближении к нему взрослого и при попытке вступить с ним в контакт внимательно всматривается в лицо взрослого, широко открывает глаза и рот, притормаживает общие движения. Таким образом, у него проявляется ориентировочная реакция, которая в одних случаях переходит в радостное оживление, а в других сменяется страхом и криком. Следует отметить, что реакция страха на этом возрастном этапе появляется не у всех детей. Это зависит от индивидуальных особенностей ребенка, а также от условий его воспитания и окружения. Ребенок переворачивается на бок и, опираясь на руку, садится. Лежа на спине, он быстро и точно протягивает руку за игрушкой и уверенно захватывает ее. Активно развивается речь, малыш произносит согласные звуки, слоги “ба”, “ма”, “да”, лепечет, начинает по-разному реагировать на маму, папу, родственников и знакомых людей.

К 5-6 месяцу малыш уверенно берет и удерживает различные предметы, оказавшиеся в поле его досягаемости. Все, что попадает в руки ребенка в этом возрасте, после ощупывания и рассматривания неумолимо оказывается во рту. Некоторых родителей это тревожит и даже огорчает, так как им кажется, что у малыша появляются вредные привычки, от которых потом будет трудно отучить. Но дело в том, что младенец, исследующий мир, помимо привычных взрослому человеку зрения, слуха и обоняния, активно использует осязание и вкус, значение которых для процесса познания в этом возрасте трудно переоценить. Поэтому ни в коем случае нельзя препятствовать исследовательскому интересу ребенка, стремящемуся все “попробовать на зуб”. Однако родители должны следить за тем, чтобы рядом не оказалось мелких или острых предметов, опасных для малыша.

Для оценки психического развития на этом возрастном этапе важно проследить, как ребенок реагирует на игрушку. Ведущей формой деятельности в этом возрасте становится манипулирование игрушкой.

Ребенок не только длительно фиксирует взор на игрушках и проследживает за их перемещением, но направляет к ним руки, схватывает их, тянет в рот. Это сопровождается выразительными эмоциональными реакциями: он то улыбается, то хмурится.

К концу периода видоизменяется характер зрительного прослеживания. Если ранее дети следили за предметом не отрывая взгляда, а выпустив предмет из поля зрения, больше к нему не возвращались, то после 5 месяцев ребенок, следя за предметом, как бы «ощупывает» его

взглядом; если при этом его внимание переключить на другой предмет (лицо взрослого), то через секунду он может вернуться к активному рассматриванию игрушки. Проявление этой функции – очень важный показатель нормального нервно-психического развития.

В этот период интенсивно развиваются голосовые реакции, которые начинают приобретать некоторую самостоятельность. Наряду с певучим гудением к концу периода появляются лепет, а также избирательность и дифференцированность реакций на звук и способность локализовать звук в пространстве.

В развитии движений рук ведущую роль начинает играть зрительный анализатор: к концу периода ребенок быстро и точно направляет руку к игрушке, расположенной в поле его зрения.

В 7-8 месяцев, по мере развития реакций равновесия, малыш начинает самостоятельно, без опоры, садиться из положения на спине и на животе с помощью рук. Лежа на животе, он опирается на предплечья, его голова поднята, взгляд устремлен вперед – это самое оптимальное положение для ползания, которые пока еще осуществляется только с помощью рук, на которых ребенок подтягивается вперед, ноги в движении не участвуют. При поддержке малыш встает на ноги, и непродолжительное время стоит, причем вначале он может опираться “на носочки”, а затем на полную стопу. Сидя, он подолгу играет с погремушками, кубиками, рассматривает их, перекладывая из одной руки в другую, меняя местами.

Ребенок этого возраста постепенно пытается привлечь к себе внимание взрослых, четко различает всех членов семьи, тянется к ним, подражает их жестам, начинает понимать смысл обращенных к нему слов. В лепете ясно различаются интонации удовольствия и недовольства. Первая реакция на чужих часто бывает негативной.

При нормальном развитии к 7-8 месяцам ребенок должен проявлять начальное ситуационное понимание обращенной речи, отвечая действием на словесную инструкцию. Например, он поднимает голову и глаза к лампе на вопрос: «Где огонек?», прижимается щекой к матери на просьбу «Поцелуй маму» и т.п. К концу периода он также обучается игре в «ладушки», ищет спрятанную у него на глазах игрушку.

К 9-10-месячному возрасту ползание на животе сменяется ползанием на четвереньках, когда одновременно передвигаются перекрестные рука и нога, – это требует хорошей координации движений. Малыш с такой скоростью перемещается по квартире, что за ним трудно уследить, хватает и тянет в рот все, что попадает ему на глаза, включая

провода электроприборов и кнопки аппаратуры. Учитывая возможности этого возраста, родителям необходимо заранее обеспечить безопасность вездесущего младенца.

К 10 месяцам ребенок встает из положения на четвереньках, сильно оттолкнувшись руками от пола, стоит и переступает ногами, держась за опору двумя руками. Ребенок с удовольствием подражает движениям взрослых, машет рукой, достает из ящика или собирает разбросанные игрушки, берет мелкие предметы двумя пальцами, знает название любимых игрушек, находит их по просьбе родителей, играет в “ладушки”, “сороку”, “прятки”. Он подолгу повторяет слоги, копирует различные речевые интонации, голосом выражает эмоции, выполняет некоторые требования взрослых, понимает запреты, произносит отдельные слова – “мама”, “папа”, “баба”.

При общении ребенка со взрослым у него отчетливо проявляется ориентировочная реакция, которая сменяется реакцией радостного оживления на знакомые лица и реакцией страха на незнакомые. В некоторых случаях можно наблюдать, как ориентировочная реакция переходит в познавательный интерес, минуя реакцию страха.

Отличительной особенностью психического развития ребенка на этом возрастном этапе является его готовность к совместному со взрослым манипулированию игрушкой. Кроме того, к концу этого этапа у ребенка появляются начальные элементы общения со взрослым с помощью жестов. Он протягивает к взрослому руки, показывая, что хочет на руки, либо тянется руками к далекому предмету, если хочет его получить.

Таким образом, для данного периода характерно, прежде всего, появлением нового типа общения со взрослым, а именно предметно-действенного. Контакт с ребенком устанавливается и поддерживается с помощью ярких предметов и игрушек, которыми реактивно манипулирует. При этом он начинает проявлять избирательное отношение к различным предметам, но 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 в этом возрасте при нормальном психическом развитии закономерно угасает.

Наряду с оценкой понимания речи следует обратить внимание и на произносимые ребенком звуки. Для начала этого этапа развития характерен активный лепет, состоящий из 5-6 слогов. Ребенок эхолалически повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелоди-

ческую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звуко сочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

К концу данного периода ребенок чаще, чем раньше, обращает внимание на лицо говорящего, кивает головой в знак утверждения и качает головой в знак отрицания. Его голосовое общение со взрослым расширяется, он выражает эмоции удовольствия и неудовольствия. Большинство детей сигнализирует о биологических потребностях и интонационно выражает просьбу.

Качественной особенностью этого периода является начало общения ребенка со взрослым при помощи звуко сочетаний.

В норме на этом этапе у большинства детей кончается доречевой период и начинается развитие речи. Одновременно появляется и новый интерес – рассматривание книг с картинками. В результате специальных занятий ребенок научается узнавать на картинках знакомые предметы, показывать их по инструкции и затем обозначать лепетными словами. Развивается также интерес к ритмам простых песен.

На 11-м и 12-м месяцах у детей появляются самостоятельные стояние и походка. Малыш переступает ногами, держась за мебель или перила одной рукой, приседает, берет игрушку, снова встает. Затем отпускает руку от барьера и начинает ходить один. Вначале он ходит, наклонив туловище вперед, на широко расставленных и полусогнутых в тазобедренных и коленных суставах ногах. По мере совершенствования реакция координации, его походка становится все более уверенной, во время ходьбы он останавливается, поворачивается, наклоняется за игрушкой, сохраняя при этом равновесие.

Малыш познает части тела и учится показывать их по просьбе взрослых, удерживает ложку в руке и пытается, есть самостоятельно, пьет из чашки, поддерживая ее двумя руками, кивает головой в знак утверждения или отрицания, с удовольствием выполняет простые поручения родителей: найти игрушку, позвать бабушку, принести свои ботинки.

В его словарном запасе, как правило, уже несколько слов. Однако не следует огорчаться, если ваш малыш все еще не выговаривает отдельных слов, поскольку речь является одной из наиболее сложных высших психических функций и ее развитие очень индивидуально. Мальчики обычно начинают говорить на несколько месяцев позже, чем девочки, что связано с особенностями формирования и созревания их нервной системы. Речевая задержка часто наблюдается и у детей, чьи родители относятся к разным языковым группам и общаются с ребен-

ком каждый на своем языке. Членам таких семей рекомендуется в интересах малыша выбрать единый язык общения до тех пор, пока ребенок его полностью не освоит, и лишь тогда обучать его второму. У большинства детей речь короткими фразами появляется от года до двух, а затем происходит ее усложнение и усовершенствование.

Таким образом, первый год жизни имеет важнейшее значение в психическом развитии ребенка: мозг развивается в наиболее высоком темпе, ребенок овладевает прямостоянием, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, начальным пониманием обращенной речи, начинается становление речи как средства общения, т.е. формируется сугубо человеческая функция.

Как уже было сказано ранее, дети, психомоторное развитие которых с первых дней жизни имеет ряд специфических особенностей, составляют отдельную группу среди детской популяции. Среди причин отклоняющегося развития можно выделить преждевременные (наступившие до 38 недель) или запоздалые (после 40 недель), быстрые или затяжные роды, асфиксию ребенка во время родов и др. Все это может спровоцировать родовую травму. Центральная нервная система плода наиболее чувствительна к недостатку кислорода, поэтому все новорожденные, перенесшие гипоксическое состояние, относятся к группе риска и требуют тщательного комплексного наблюдения, особенно в течение первых лет жизни.

Последствия перенесенной кислородной недостаточности у детей раннего возраста объединяют под общим названием “перинатальная энцефалопатия”, которая имеет ряд проявлений.

Наиболее часто встречается синдром гипервозбудимости, проявляющийся повышенной раздражительностью ребенка, снижением аппетита, частыми срыгиваниями во время кормления и отказом от груди, уменьшением продолжительности сна, трудностями засыпания. В состоянии бодрствования, даже при незначительном и непродолжительном волнении, у ребенка появляется хаотическая двигательная активность, сопровождающаяся дрожанием рук, ног, подбородка, резким пронзительным криком, покраснением лица, запрокидыванием головы. Ребенок растет беспокойным, плаксивым, тревожным.

Синдром мышечного гипертонуса также может быть одним из проявлений перинатальной энцефалопатии. Как правило, наблюдается значительное повышение тонуса в мышцах-сгибателях. Руки такого ребенка прижаты к груди, кулачки крепко сжаты, ноги невозможно развести и разогнуть в тазобедренных суставах. Двигательная активность сниже-

на. Безусловные рефлексы новорожденного выражены и сохраняются длительное время, мешая его нормальному развитию. Такие защитные рефлексы препятствует поднятию и удержанию головы, хватательный рефлекс создает определенные трудности при попытке произвольного захвата предмета, рефлексы опоры, автоматических ползания и походки тормозят развитие ползания на четвереньках, стояния и ходьбы. У детей с мышечной гипертонией могут развиваться спастическая кривошея, косолапость. Отсутствие своевременной медицинской помощи может привести к серьезным задержкам развития и даже к формированию детского церебрального паралича.

Детям с синдромом гипертонии с первых дней жизни рекомендован специальный массаж и лечебная физкультура, водные процедуры, а при необходимости – и медикаментозная терапия. Очень важным для такого малыша является правильное отношение всех членов семьи к его проблемам. Незаменимую помощь по мере его взросления оказывают детские специальные психологи и дефектологи.

Более редким, но и более тяжелым проявлением перинатальной энцефалопатии является синдром угнетения центральной нервной системы, который развивается после перенесенной асфиксии или родовой травмы и наблюдается в первые часы и дни жизни ребенка. У таких детей значительно снижен мышечный тонус и двигательная активность. Малыш выглядит вялым, крик тихий и слабый. Он быстро устает во время кормления, в наиболее тяжелых случаях сосательный рефлекс отсутствует. Во время наблюдения за таким ребёнком обращает на себя внимание снижение или полное отсутствие безусловных рефлексов новорожденных. Такого ребенка нельзя оставлять в положении на животе, так как защитный рефлекс у него выражен очень слабо. Не работают рефлексы опоры, автоматической ходьбы и ползания. Как правило, дети с синдромом угнетения центральной нервной системы нуждаются в длительном врачебном наблюдении и профессиональном уходе, поэтому они остаются в родильном доме на более длительный срок или, при необходимости, госпитализируют в специализированную клинику для новорожденных.

Поскольку одним из основных проявлений этого состояния является мышечная гипотония, которая встречается при ряде заболеваний, необходимо установить ее причину. На раннем этапе требуется медицинская помощь. При своевременном и правильно проведенном лечении в большинстве случаев состояние новорожденного улучшается, восстанавливаются безусловные рефлексы, повышается двигательная активность.

А в результате специальных психолого-педагогических занятий с ребёнком нормализуется темп психического развития.

В случае если медицинская помощь не будет своевременно оказана, то дальнейшее развитие ребенка может происходить с задержкой: он позже начинает держать голову, переворачиваться, сидеть, вставать и ходить, что в свою очередь тормозит развитие психических функций, в том числе и речи.

На каждом возрастном этапе та или иная психическая или моторная функция имеет ведущее (доминирующее) значение в общем, поступательном характере психомоторного развития. У ребенка первых месяцев жизни такими функциями являются зрительное и слуховое восприятие. Также по мере формирования действий с предметами у ребёнка развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предмета на ощупь. Эта функция – стереогноз – также имеет важное значение для развития познавательной деятельности. У детей с отклонениями в развитии, особенно при наличии двигательных и зрительных нарушений, спонтанное развитие этой функции нарушено, и необходимы специальные коррекционные занятия по ее формированию.

Отсутствие слуховых реакций, их несимметричность либо чрезмерная длительность латентного периода могут указывать на нарушения слуха. Такой ребенок срочно нуждается в специальном обследовании – электрокорковой аудиометрии.

При этом следует иметь в виду, что отсутствие или слабость реакций на звуковые раздражители чаще всего обусловлены снижением слуха, в то время как неравномерность реакций на звуки, расположенные с разных сторон, может быть обусловлена и особенностями поведения взрослых. Так, если взрослый подходит к кроватке ребенка всегда с одной стороны, то и поворот на звук в эту сторону будет проявляться более четко. Если в этих случаях дать указание родителям о необходимости речевого контакта с ребенком с другой стороны, то быстро можно отметить одинаковость слуховых реакций.

При оценке слуховой функции у ребенка 3-6 месяцев следует обратить внимание на способность локализовать звук в пространстве, избирательность и дифференцированность реакции. Так, ребенок в возрасте 3 месяцев быстро и точно поворачивает голову к источнику звука. Ребенок же в возрасте 5-6 месяцев быстро поворачивает голову к источнику звука только тогда, когда его внимание не отвлечено другими, более сильными раздражителями, т.е. если он в этом момент не занимается с игрушкой, не общается со взрослым и т.п. В противном же случае ребенок может вообще не проявить реакции на звук либо отреа-

агировать на него после длительного латентного периода. Это свидетельствует не о снижении уровня звукового восприятия, а о развитии функции активного внимания.

У детей с отклонениями в развитии реакции на звук могут отсутствовать, быть неярко выраженными, фрагментарными или патологическими. Отсутствие реакций наблюдается при глухоте или тяжелой тугоухости, а также при глубокой умственной отсталости и иногда при раннем детском аутизме. Фрагментарность реакции, когда ребенок воспринимает звуковой раздражитель, но не поворачивается к нему, может быть обусловлена двигательными или зрительными дефектами. Снижение реакции проявляется в виде удлинения латентного периода, ее быстрого угасания.

Это имеет место у заторможенных и апатичных детей, а также при раннем детском аутизме. В отличие от тугоухих детей, которые реагируют только на более громкие звуки, для вызывания реакции у этих детей часто необходима повторная стимуляция.

У ребенка, перенесшего родовую травму, асфиксию, особенно при наличии у него повышенного внутричерепного давления, реакция на звуковой стимул часто усилена и возникает очень быстро. Такой ребенок в ответ на любой звуковой раздражитель сильно вздрагивает, кричит, иногда у него появляется дрожание ручек и подбородка. Подобного типа реакция является патологической. Ее длительное сохранение характерно для детей с задержкой психического развития и повышенной возбудимостью нервной системы.

У детей, которые в дальнейшем демонстрируют выраженные отклонения в психическом развитии, отсутствуют комплекс оживления и другие эмоционально-мимические и голосовые реакции на все окружающие стимулы. Недоразвитие отдельных компонентов комплекса оживления, например, движений рук или ног (двустороннее или одностороннее), может указывать на поражение двигательной сферы; слабость или отсутствие голосовых реакций или носовой оттенок голоса характерны для поражения речедвигательной мускулатуры, что в дальнейшем может привести к речевым расстройствам.

Отсутствие комплекса оживления или его парадоксальность, например, появление страха, крика и других отрицательных эмоций, характерны для детей с эмоциональными нарушениями – ранним детским аутизмом, ранней детской нервностью и другими расстройствами.

Поскольку комплекс оживления формируется в тесной взаимосвязи с развитием зрения и слуха, то при дефектах этих анализаторов он мо-

жет отсутствовать или проявляться в рудиментарной форме. При врожденной слепоте или глухоте и особенно при сочетании этих дефектов комплекс оживления на данном возрастном этапе отсутствует.

При не резко выраженном поражении центральной нервной системы у детей, перенесших родовую травму, асфиксию, желтуху новорожденных, а также у недоношенных и незрелых комплекс оживления проявляется в более поздние сроки. Он также может отсутствовать у детей, воспитывающихся в условиях эмоциональной депривации.

Таким образом, к концу периода новорожденности у детей с не ярко выраженными отклонениями в развитии отсутствует четкая ориентация на сон, бодрствование и кормление. Адекватное реагирование на цикличную смену режимных моментов у них не вырабатывается. В поведении детей отмечаются такие крайности, как излишняя сонливость или чрезмерная возбудимость, крикливость. В три месяца у детей остается несформированным комплекс оживления на появление близкого взрослого.

В пять-шесть месяцев у ребенка все еще отсутствует ориентировка на лицо матери или близкого взрослого: он не ищет взгляд, не рассматривает лицо, не выражает негативных реакций на появление «чужого» взрослого.

И наоборот, чрезмерная выраженность реакции страха на этом возрастном этапе характерна для детей с повышенной нервной возбудимостью, ранним детским аутизмом. Она может быть первым признаком врожденной детской нервности, легкой мозговой дисфункции, повышения внутричерепного давления при гидроцефалии. Она также характерна для детей с детским церебральным параличом.

Отсутствие дифференциации комплекса оживления на этом возрастном этапе характерно для задержки психомоторного развития, в том числе вследствие недостаточного общения взрослых с ребенком. При этом отсутствует адекватная реакция на незнакомого человека, не наблюдается интереса к игрушкам, не выражена реакция на новизну, не проявляются познавательные и дифференцированные эмоции, мимика однообразна, улыбка носит подражательный характер и возникает в ответ на любое улыбающееся лицо взрослого.

Таким образом, отклонениями от нормального возрастного развития на этом этапе являются: полное безразличие к общению со взрослым (умственная отсталость, выраженная задержка психического развития – аутизм); общий комплекс оживления и подражательная улыбка вместо ориентировочной реакции и игрового манипулирования (задержка психического развития); чрезмерная выраженность и длительность ре-

акции страха, переходящая в реакцию протеста и препятствующая общению (врожденная детская нервность, аутизм, гипервозбудимость).

Для диагностики отклонений развития на данном возрастном этапе значение имеет оценка реакции ребенка на обращенную речь.

Речевое недоразвитие обычно сочетается с отставанием в общем, психическом развитии. Наиболее серьезные нарушения в развитии имеют место при сложном дефекте. Так, у детей с церебральным параличом двигательные нарушения часто сочетаются с дефектами зрения, слуха, речи, которые при отсутствии ранней коррекционной работы приводят к отставанию в психическом развитии.

При отставании в психическом развитии, при детском церебральном параличе, аутизме, глухоте, выявляемых в дальнейшем тяжелых нарушениях речи, лепет отсутствует или проявляется в рудиментарной форме, ребёнок не понимает обращенной речи и не начинает говорить сам.

У детей с аутизмом предметно-действенное общение со взрослым не развивается. При церебральном параличе обычно отсутствуют выразительные мимические и голосовые реакции, из-за двигательных нарушений ребенок затрудняется в захвате игрушки и взаимодействии со взрослым, но при сохранном интеллекте всегда наблюдается адекватность и избирательность эмоциональных реакций.

Развитие психики ребенка зависит от его взаимодействия с внешним миром. Специфика сложного дефекта при детском церебральном параличе накладывает ограничения на это взаимодействие, что является одной из причин нарушений психического развития.

У детей с сенсорными и двигательными дефектами не развивается предметное восприятие и с трудом формируются предметные действия, отчетливо выражено отставание в развитии речи, затруднено, формирование словесно опосредованных форм памяти, словесно-логического мышления, навыков общения.

Наряду с отставанием в формировании психических функций детей отмечаются недостатки их физического развития, которое характеризуется неловкостью, неуклюжестью, отсутствием гибкости и координации в действиях крупных и мелких мускульных групп. Кожные покровы большинства детей бледные и истонченные, на висках и переносице видна венозная сеточка. Многие дети соматически ослаблены, у них наблюдается снижение иммунитета к простудным и инфекционным заболеваниям. У одной части детей отмечаются параметры недоразвития (маленький рост, субтильное телосложение, недостаточный вес, диспропорции в строении туловища и конечностей), у дру-

гой части — показатели акселерации физического развития (высокий рост, большой вес, непропорциональное развитие конечностей). Однако и те и другие не выдерживают соответствующих возрасту умственных и физических нагрузок, они истощаемы, утомляемы. На фоне усталости у них наблюдается гиперактивность с дефицитом внимания или, напротив, вялость, заторможенность.

На этапе развития ориентировочно-исследовательской деятельности, которая в норме появляется в пять-шесть месяцев и «расцветает» к девяти-десяти месяцам, у ребенка с отклонениями в психофизическом развитии отсутствуют активные ориентировочные реакции на слуховые и зрительные стимулы, нет у него потребности и в новых впечатлениях. К десяти месяцам такой ребенок с трудом удерживает игрушку в руках, не стремится проследить за ней взглядом, не ищет игрушку, спрятанную взрослым. У него преобладают неспецифические манипуляции над специфическими, и первые предметные действия не появляются даже к году. Развитие статики и локомоций задерживается у детей на всем протяжении первого года жизни: некоторые дети начинают удерживать голову в горизонтальном положении с трех месяцев, другие – еще позже. Многие из детей минуют этап переворота с живота на спину, со спины – на живот. У большинства из них этап ползания либо отсутствует, либо он весьма короткий. Значительное большинство детей начинают сидеть раньше, чем ползать, а овладение навыком прямохождения начинается либо очень рано (к десяти месяцам), либо после года и двух-трех месяцев.

Таким образом, формирование психических функций у ребенка первого года жизни в значительной степени зависит от условий среды и воспитания (в широком смысле). При этом ведущая роль принадлежит общению с матерью и развитие этой «взаиморегулирующей» системы «мать – ребенок» составляет основу для формирования всех психомоторных функций у здорового ребенка и особенно у детей с отклонениями в развитии.

Существует ряд симптомов или особенностей в поведении ребенка, при появлении которых, необходимо вмешательство специалистов (педиатр, педагог-дефектолог, сурдолог, сурдопедагог, тифлопедагог, специальный психолог, логопед, олигофренопедагог), особенно если в поведении ребенка проявится одна или сразу несколько особенностей:

- В первый год жизни ребенок не реагирует на звук.
- В возрасте одного года не отзывается на свое имя.

Рекомендуемые специалисты: лечащий врач, педиатр, аудиолог.

- В два года ребенок не произносит ни одного слова.
- В три года не может составить простое предложение.
- С того момента, как ребенок начал говорить, его речь носит бес-
связный характер.
- В три года часто повторяет слова и фразы, моргает и заикается при
произнесении отдельных слов.

Рекомендуемый специалист – логопед.

В младенчестве ребенок пассивен, имеет пониженный мускульный тонус.

В возрасте одного года не может сидеть без опоры, не умеет пол-
зать, правильно чередуя движения рук и ног.

- Научившись ходить, ребенок с трудом держит равновесие, часто па-
дает, двигается неуклюже.

- С большим трудом, по сравнению со своими ровесниками, учится
ездить на велосипеде, кататься на коньках, попадать по мячу и др.

- Чрезмерно активен, не способен контролировать движения, скон-
центрировать внимание.

Рекомендуемые специалисты: лечащий врач, педиатр.

- В первый год жизни ребенок не в состоянии проследить взглядом
за движущимся предметом.

- В первый год жизни не в состоянии установить зрительный контакт
с членами семьи.

Рекомендуемые специалисты: лечащий врач, педиатр.

3.2. Приемы помощи детям с отклонениями в развитии в условиях семьи

Воспитание особенного ребёнка требует силы духа, проявления ха-
рактера и настойчивости.

В состоянии глубокой психологической травмы, когда родители уз-
нают об имеющихся у ребёнка нарушениях, и их ожидания сталкива-
ются с суровой действительностью, они начинают надеяться только на
помощь специалистов, главным образом врачей и не всегда понимают,
что выздоровление или положительные изменения не могут произойти
быстро и без участия родителей. Здесь важно осознать сразу, что впе-
реди могут быть долгие годы преодоления нарушений, их исправления
или ослабления, т.е. коррекции.

От родителей требуются стойкость, крепость духа и огромный повсед-
невный, незаметный труд. Успехи могут быть мизерными, но родительс-

кая интуиция помогает заметить то, что другим не видимо: внимательный взгляд ребёнка, лёгкое шевеление пальцем, едва заметную улыбку.

Распространённой ошибкой являются уныние, потеря себя в семье. В этой связи не потерять себя как индивидуальность, как личность очень важно, но без посторонней помощи это сложно. В такой ситуации действенной будет помощь семьи с теми же проблемами. Родителей таких семей объединяют общность интересов, взаимопонимание, возникшее от наличия «особого» ребёнка в семье. Бесспорно, делают благое дело те родители, которые создают клубы, ассоциации, другие общественные объединения. На заседаниях, встречах выслушивают советы, делятся опытом, обсуждают сходные проблемы, а также проводят совместный досуг.

Специалисты комплексное психолого-педагогическое коррекционное воздействие на детей с ограниченными возможностями в развитии осуществляют на основе ряда принципов.

Родителям, имеющих детей с отклонениями в развитии, также важно их знать и соблюдать. В.В. Ткачевой (2007) специально для родителей был выделен целый ряд таких специфических принципов.

1. Одним из первоочередных и наиболее важных является онтогенетический принцип, который подразумевает учет возрастных, психофизических особенностей детей, характера имеющегося у них нарушения. Этот принцип ориентирует коррекционное воздействие на устранение или сглаживание, коррекцию или компенсацию нарушений интеллектуального, речевого, сенсорного, двигательного и эмоционального дефекта, на создание полноценной основы для последующего саморазвития личности, которое возможно только при сформированности ключевых звеньев развития.

2. Принцип любви, терпения и эмоциональной привязанности близких к ребенку с отклонениями в развитии. Любой ребенок, а с отклонениями в развитии особенно, чутко реагирует на любовь и ласку. Эти дети остро переживают дефицит аффилиативных чувств. Живя в семье, ребенок должен быть уверен, что его любят и ценят. Любовь родителей и близких создает чувство защищенности, душевного комфорта. Ребенок активнее развивается, у него успешнее формируются навыки и знания. Он увереннее смотрит вперед, у него свободнее раскрываются творческие способности. Школа доброты, которую ребенок постигает в детстве, общаясь с близкими, есть залог его будущего иммунитета против зла и насилия в этом мире.

3. Принцип полного безоценочного принятия ребенка с отклонениями в развитии. Родителям не следует сравнивать своего ребенка с от-

клонениями в развитии с нормально развивающимися детьми. У любого человека могут быть проблемы. Родители должны понять: важно то, что ребенок есть, а не то, какой он. Не стоит давать ребенку каких-либо унижительных оценок: «глупый», «неуклюжий», «неудачник» и т.д. Родители для ребенка – это защита, а семья – домашний очаг, где его всегда любят и принимают таким, какой он есть. Человека как личность, в том числе и ребенка, не оценивают по его росту, цвету глаз, длине рук или ног. Ребенка, как и любого другого человека, следует оценивать по его человеческим качествам. Здесь для родителей открывается огромное поле деятельности: воспитать в ребенке человека.

4. Принцип формирования гармоничной личности ребенка, подростка, молодого человека. Формирование гармоничной личности ребенка с отклонениями в развитии – это цель всего коррекционно-воспитательного процесса, начинающегося с момента рождения и не завершающегося к совершеннолетию. Гармоничная личность – это самодостаточная личность. Это человек, уважающий себя за подлинные достоинства (любовь к людям, порядочность, честность, умение трудиться и стремление к знаниям) и не ощущающий фрустрации из-за собственного физического недостатка.

5. Принцип внимательного наблюдения за ребенком и оценки его состояния. Ребенок с нарушениями речи, особенно маленький, не всегда может выразить свои потребности с помощью слова. Родителям следует наблюдать за ребенком, стремиться понять его желания по жестам, выражению глаз, позе. Следует прислушиваться к голосу ребенка, его интонации, чтобы оценить страх или дискомфорт, которые он переживает.

6. Принцип формирования у ребенка чувства привязанности, любви к близким, уважения к старшим. Любя ребенка, взрослый обучает его любви к миру людей. Привязанность к дому, своему городу, своей стране, любовь к близким, уважение к старшим – это ответ ребенка на любовь родителей к нему самому.

7. Принцип активного участия родителей в процессе воспитания и развития ребенка, коррекции его нарушений и социальной адаптации. Родители должны непосредственно участвовать в процессе воспитания и развития ребенка, коррекции его нарушений и социальной адаптации. Только в случае крайней необходимости можно переложить свои воспитательные обязанности на другого человека (бабушку, няню, гувернантку или других лиц). Родители должны сами пережить не только трудности, возникающие у ребенка, но и радость его успехов и маленьких побед. Процесс социальной адаптации ребенка не может осуществляться

без непосредственной помощи родителей. Участие в преодолении реальных проблем ребенка позволяет нормализовать психологические трудности, которые испытывают сами родители.

8. Принцип формирования родителями у ребенка навыков самообслуживания, выполнения посильных домашних обязанностей. Навыки самообслуживания формируются в семье. Мать ребенка обучает его санитарно-гигиеническим навыкам (пользованию горшком и туалетом), умыванию, опрятному приему пищи, уборке за собой личных вещей. В любой семье каждый ее член имеет обязанности. Ребенок с отклонениями в развитии может и должен выполнять посильную домашнюю работу. При этом важно, чтобы ребенок понимал значимость его собственного вклада в общее дело, а члены семьи по достоинству его оценивали.

9. Принцип формирования навыков нормативного поведения. Нормативное поведение – это критерий, определяющий возможности социальной адаптации ребенка. У ребенка с выраженными нарушениями развития формирование навыков нормативного поведения вызывает особые трудности. Участие семьи в этом процессе не только необходимо, но и обязательно. Для любого ребенка поведение родителей, близких, их отношения между собой есть эталон для подражания, эталон поведения. Важно, чтобы этот эталон соответствовал принятым в социуме нормам. Родителям следует помнить, что их собственное неадекватное поведение, как в зеркале, отражается в психике ребенка.

10. Принцип выбора приоритетов в развитии задатков и способностей ребенка с отклонениями в развитии. Дети с ограниченными возможностями здоровья могут проявляться способности в любом виде искусства. Дети танцуют и поют, вышивают, лепят, делают удивительные поделки. Талант заложен природой в каждом ребенке. Важно, чтобы родители, воспитывая ребенка, создавали благоприятные условия внутри семьи для развития его задатков и способностей. Безусловно, важно оценивать и особенности психофизического развития ребенка. Так, например, ребенку с двигательной патологией целесообразнее заниматься таким видом искусства, который не требовал бы передвижения. Аутичный ребенок может передать многогранность своего внутреннего мира с помощью холста и красок, а умственно отсталый заниматься пением.

Из выше сказанного следует, что в процессе взаимодействия с ребёнком важно определять наиболее сохранённые звенья в речеслуховой, речедвигательной, зрительной, двигательной системах и опираться имен-

но на них, а пластичность коры головного мозга обуславливает развитие ребенка даже в тяжелых патологических условиях.

Принципы и приемы психолого-педагогического воздействия в преодолении отклонений в развитии ребенка опираются на учет сензитивных (наиболее чувствительных) периодов вития каждой психической функции и разных видов деятельности ребенка.

Из сказанного вытекает первый совет: наблюдайте ребёнка, анализируйте и замечайте, что ему нравится, а что вызывает плач, протест, отторжение. Будьте с ребёнком единым целым: чувствуйте его и понимайте. Иногда родители могут рассказать врачу и педагогу гораздо больше, чем те поведают родителям. Надо верить в себя, осознавать свой долг и свято следовать ему.

Второе правило: ребёнка нужно включить в процесс взаимодействия, т.е. получить от него ответную реакцию. Встаёт вопрос о том, как включить во взаимодействие ребёнка, который безучастен, несмотря на принимаемые меры. Можно повторять, копировать действия ребёнка, чтобы он заметил их. У других легче заметить то, что у тебя отсутствует, не получается, или наоборот, заметить то, в чём ты успешен. Ребёнок мельком зафиксировал взгляд на происходящем – это уже победа. Он увидел окружающее, хотя до этого не замечал его. Важны образцы правильных действий, совместные действия, тренировочные упражнения, постепенно усложняющиеся, обогащающиеся различными приёмами. В некоторых случаях нужны активные действия взрослых (родителей) при безучастности ребёнка, так называемая стимуляция. Используется воздействие полярными стимуляторами: холодным и тёплым, солёным и сладким, жёстким и мягким и т.д., чтобы пробудить органы чувств (сенсорные системы ребёнка).

Непоследовательность в отношениях с ребёнком дезорганизует его, нарушает ход нормального реагирования, калечит душу. Отсюда вытекает следующий житейский совет: будьте с ребёнком спокойны, терпеливы, выдержанны в любой ситуации. Если у него что-то не получается, ищите причину прежде всего в себе: нет ли с вашей стороны перегибов, недопонимания, контрастности родительских влияний и проявлений. Даже взрослый человек страдает, когда его радостные ожидания сталкиваются с печальной действительностью. Но особенно разрушительно это действует на ребёнка. Жизнь беспечальной и бесконфликтной не бывает, поэтому быть всегда спокойным, уравновешенным сложно. Однако к этому обязывает родительский долг.

Родители часто бывают настойчивы в желании узнать, как будет развиваться их ребёнок. Правильным будет ответ, что всё может изменить-

сы и измениться к лучшему. Нервная система ребёнка пластична, податлива. Мы не знаем всех возможностей человеческого организма. Надо надеяться, искать пути помощи и ждать. Известен не один случай, когда реальность опрокидывала самые авторитетные заключения специалистов, которые определяют «сегодняшний день ребёнка». Его завтрашний день зависит от правильной психолого-педагогической стратегии и родительской деятельности по её реализации. Неправильна позиция – «Надейся и жди, ничего не предпринимай». Нужна позиция – «Пробуй, действуй, надейся и жди, убеждай, прежде всего, себя: если не ты, то кто?» У ребёнка с психофизическими нарушениями не только «золотники болезни, но и пуды здоровья».

Есть ещё один весьма деликатный вопрос: оставлять ребёнка в семье или передать в детское учреждение соответствующего типа? Семьи бывают разные, и специалисты, работающие с детьми, также. Применительно к родителям хочется сказать: «Не судите их, да не судимы будете». Но вот о ребёнке можно сказать однозначно: он должен воспитываться в семье. Семья помогает, укрепляет, сохраняет силы даже в тех случаях, когда нарушения признаются некорректируемыми (не подлежащими исправлению). Даже в самом лучшем интернате ребёнку плохо. Он нуждается в ласке, поддержке, ощущении своей нужности, полезности, защищённости, в осознании того, что кто-то любит его и заботится о нём. Вот почему оказались привлекательными идеи интегрированного обучения. В условиях совместного обучения со здоровыми сверстниками особенный ребёнок живёт в семье и взаимодействует с другими детьми. Семья даёт те знания и способы деятельности, которые не могут быть почерпнуты на учебных занятиях. К ребёнку с нарушениями относятся так же, как к нормально развивающемуся.

Но самый главный совет – научиться понимать и любить ребёнка таким, каков он есть.

Родителям также важно знать о детях с особенностями развития следующее:

Ребёнок включается во взаимодействие. Он выполняет действия совместно по образцу, показу, при оказании полной, частичной помощи, при этом ребёнку обеспечиваются положительные эмоции. В свою очередь и родители не должны впадать в уныние, сомневаться, терять себя как индивидуальность. Важно надеяться, действовать и ждать.

Для создания благоприятных условий воспитания в семье родителям, прежде всего, необходимо знать особенности заболевания и развития ребенка, его возможности выполнять те или иные задания, упражнения и т. д.

Большое значение имеет правильный распорядок дня: строгое соблюдение режима питания и сна, чередование занятий с отдыхом и прогулками, умеренный просмотр телепередач. Наличие определенного порядка создает условия, при которых у ребенка нет оснований для отказа подчиняться ряду установленных требований. Постепенно он упражняется в умении сдерживаться и регулировать свое поведение. При упорядоченной жизни ребенка расширяется его кругозор, обогащается память, формируются наблюдательность и любознательность.

Огромное значение имеет формирование у детей адекватной самооценки, развитие у них необходимых в жизни волевых качеств. Родители должны умело формировать мотивационную сторону поведения и интерес к занятиям по овладению речевыми и двигательными навыками, другими видами деятельности. Формирование активных качеств личности в условиях семьи следует начинать с таких видов деятельности, как игра и элементарный труд. При организации игровой и трудовой деятельности нужно разъяснять ребенку их значение и смысл, наглядно демонстрировать их конечный результат.

В процессе игровой и трудовой деятельности дети научаются выполнять требования и инструкции взрослых, считаться с интересами окружающих, доводить начатое дело до конца. Если ребенок не хочет выполнять то или иное действие, важно добиться от него осознания цели выполняемого действия путем подсказки со стороны взрослых.

В ходе усвоения нового действия родители должны постоянно оказывать ребенку помощь. Варианты помощи меняются в зависимости от возраста ребенка. В младшем дошкольном возрасте родители в основном показывают, как надо выполнять действия или задания. Так, при обучении складывать целое изображение из частей родители сначала могут сами сложить картинку, а затем предложить ребенку собрать изображение по образцу. В старшем дошкольном возрасте рекомендуется сопровождать показ действия словесной инструкцией. Родители побуждают ребенка подумать, каким способом лучше выполнить то или иное задание. Постепенно требования к ребенку повышаются, предъявляемые задачи усложняются, что способствует развитию у него волевых качеств. Переход к решению более сложных заданий возможен лишь при условии, что ребенок поверил в свои возможности и его не останавливают отдельные временные неудачи. Для формирования у детей адекватной самооценки взрослые должны постоянно оценивать результаты их деятельности, особенно в случаях, когда ребенок очень старался и приложил много усилий.

Существует необходимость включения ребенка в повседневную жизнь семьи. Ребенок должен в качестве равноправного члена семьи принимать посильное участие в домашних делах и заботах. Родительский такт в таких случаях выражается в умении предложить ребенку доступные и посильные дела. Такое распределение обязанностей в семье будет способствовать сглаживанию у ребенка ощущения ущерба и развитию положительных сторон его личности.

Оптимально организованные условия жизни в семье создадут ребенку с отклонениями в развитии предпосылки для его успешного развития, обучения и дальнейшей социальной адаптации.

Требования к характеру взаимодействия взрослого и ребенка и к способам общения отражены в ряде принципов, которые являются основополагающими при проведении воспитательно-образовательных мероприятий:

- общение взрослого с ребенком должно быть целенаправленным, стимулирующим и личностно-ориентированным;
- при организации общения необходимо учитывать актуальный уровень познавательного развития ребенка, но при этом обязательно включать задания «на пределе когнитивных возможностей ребенка», находящиеся в зоне его ближайшего развития;
- стимулы, используемые взрослым и побуждающие ребенка к действию, должны носить полимодальный характер;
- любые контакты и действия с ребенком следует сопровождать речевыми комментариями взрослого, сопутствующими его собственным действиям, а также пассивным или активным действиям ребенка; при этом необходимо стремиться вступить в визуальный и эмоциональный контакт с ребенком на уровне, соответствующим его восприятию и деятельности;
- вступая в общение с проблемным ребенком, взрослый должен учитывать индивидуальные возможности, способности, знания и умения конкретного ребенка, а также собственные склонности и предпочтения.

Ребенок продвигается вперед во многих сферах развития почти одновременно, поэтому ему надо помогать сразу по нескольким линиям развития. Для этого надо выбрать те упражнения, которые помогут ему лучше освоить то, что он уже умеет, а затем перейти к следующему этапу реабилитации. Обучение новым навыкам и умениям надо проводить постепенно, малыми этапами.

В раннем возрасте первое, с чего надо начинать – это научить ребенка поднимать голову, когда он лежит или сидит на руках. С первых месяцев жизни надо правильно носить ребенка, помогая ему хорошо вла-

деть головой в различных положениях и побуждая его интересоваться окружающей обстановкой.

Когда ребёнок освоит движения головой, его надо научить переворачиваться. Для этого ребенка, страдающего различными задержками в развитии, обучают поднимать плечи и тело. Все это целесообразно осуществлять в процессе примитивных игр, а также во время ухода за ребенком. Малыша побуждают следить за игрушками, тянуться за ними, принимать различные положения и т.д. В том случае, когда многочисленные попытки «заставить» ребенка поднимать плечи и затем переворачиваться не приносят желаемого результата, ему осторожно помогают переворачиваться на бок, не оставляя при этом попыток сделать все это лишь с помощью игрушки.

Следующим этапом реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья является развитие у них хватательного навыка, умения тянуться к предметам и координировать взаимодействие двигательного и зрительного анализаторов.

Обучая ребенка различным навыкам, необходимо иметь в виду, как минимум, два обстоятельства.

Во-первых, у детей с трудностями в обучении можно сформировать большинство из тех навыков и умений, которыми владеют здоровые дети, если вовремя приступить к регулярным и хорошо продуманным занятиям.

Во-вторых, развитие различных функциональных систем мозга происходит гетерохронно. Они последовательно проходят стадии созревания и поэтому в каждый конкретный момент онтогенетического развития зрелость мозга мозаична: различные функционально-структурные звенья этих систем находятся на разных стадиях своего развития. В постнатальном онтогенезе каждая функциональная система имеет индивидуальный алгоритм развития.

Эти два обстоятельства необходимо учитывать при осуществлении самых различных реабилитационных мероприятий.

Следующим этапом реабилитации является обучение детей умению ползать. Многие дети начинают самостоятельно передвигаться, сначала ползая на животе, и только после этого встают на четвереньки или перемещаются сидя на ягодицах. Однако ряд детей как бы перескакивают через этот этап двигательного развития. Минуя ползание, они после того как овладевают умением хорошо сидеть, начинают вставать и ходить. Последовательность освоения этих навыков зависит от ряда причин, однако основную роль здесь играют подготовительная работа с ребенком и особенности условий его воспитания.

Ползать на животе обычно учат следующими способами: перед ребенком кладут игрушку и побуждают малыша дотянуться, достать ее руками. Если малыш не в состоянии подтянуть вперед ногу, чтобы ползти, ему помогают, приподнимая ногу. Ребенку, страдающему детским церебральным параличом, напротив, не всегда целесообразно подставлять опору для стоп, так как этот прием может вызвать нежелательное напряжение мышц и рефлекторное выпрямление ног.

В том случае, когда обучение ползанию дается с трудом, рекомендуется предварительная подготовка ребенка к этому двигательному навыку. С этой целью малыша «катают» на колене, обучая его перемещать тело из одной стороны в другую. Это должно происходить «незаметно» для ребенка. Такого рода упражнения можно разнообразить: положив малыша на большой мяч или валик, его тело раскачивают вперед и назад, заставляя держать руки вытянутыми вниз и выпрямленными в локтевых суставах. Аналогичное упражнение можно проводить, уложив ребенка на вытянутую ногу сидящего на полу взрослого и побуждая его ползти вперед, поочередно отрывая от пола то одну руку, то другую.

Малыш может осваивать приемы ползания, если кто-либо из взрослых держит его с помощью полотенца, обернутого вокруг тела. Таким образом, ребенку дают возможность реально почувствовать, как взрослый перемещает центр тяжести его тела с одной руки и ноги, касающейся пола, на другую сторону тела. Ребенка можно подвесить над полом таким образом, чтобы он опирался на ноги, а передвигался с помощью рук. Здесь необходимы и новые игрушки и интересные игры, побуждающие малыша делать то или иное упражнение.

Научить ребенка ходить можно лишь в том случае, если он научился удерживать равновесие и хорошо чувствовать центр тяжести своего тела. Однако подготовка к самостоятельной ходьбе должна осуществляться на всех этапах двигательного развития ребенка. Существует много приемов, облегчающих обучение инвалида стоять, ходить, координировать движения и сохранять равновесие.

Для укрепления ног малыша «заставляют» шагать на месте, поддерживая его за туловище. Однако это, да и некоторые другие упражнения у детей, страдающих спастическими параличами, могут спровоцировать излишнее напряжение мышц и последующую тугоподвижность суставов. Ребенка ставят на ноги и осторожно раскачивают из стороны в сторону, давая ему почувствовать, как при этом перемещается центр тяжести тела. Ребенка, страдающего детским церебральным параличом,

поддерживают при стоянии за плечи и одновременно ногой. Ребенок может самостоятельно тренироваться вставать, если ему дать возможность держаться за толстую веревку, лестницу, поручни и т.п. Когда он научится стоять, можно подстраховывать его от падения, обвязав полотенцем вокруг груди. Однако в этом случае нельзя давать малышу возможность висеть на такой поддержке. Для развития чувства равновесия и улучшения координации движений нужно играть с ребенком, подерживая его сзади руками. Осторожно обхватив малыша под мышки, можно раскачивать его из стороны в сторону, наклоня вперед и назад. Как только он научится сохранять равновесие самостоятельно, нужно переходить к незаметной страховке падений, давая малышу возможность свободно стоять, раскачиваться на месте или передвигаться, опираясь на какие-либо предметы.

Равновесие и координация движений улучшаются после занятий на различных тренажерных устройствах. С этой целью можно соорудить специальные качели, ходунки, ручные тележки и т.п.

В последнее время обсуждается эффективность использования в детской реабилитологии мануальной терапии. Она часто применяется при коррекции статокинетических нарушений, возникающих при детском церебральном параличе. В целом оптимизация клинической симптоматики обычно характеризуется следующими показателями:

- уменьшение контрагирования суставов с увеличением объема движений;

- позитивная динамика в проявлениях аддукторного симптомокомплекса

- снижение эквинирования стоп;

- улучшение кинематической ходьбы;

- увеличение угла супинации предплечий и экстензии кистей;

- регресс гиперкинезов атетоидного характера, хореоатетоидного и билатерального – частичная редукция проявлений позы фехтовальщика.

Такая мануальная подготовка, связанная со значительной релаксацией мышц-синергистов, приводит к более быстрому освоению различных двигательных навыков, что в свою очередь облегчает общение ребенка с окружающими его людьми.

Организацию занятий по развитию навыков владения телом, координации движения, чувства равновесия, умения сидеть и т.д. необходимо организовывать с учётом принципов, заключающихся в следующем:

- прежде, чем ребенок начнет подниматься, его необходимо научить держать голову, поднимать и поворачивать ее;

- малыш будет хорошо сидеть только тогда, когда он научится удерживать корпус в вертикальном положении, опираясь руками и балансируя, чтобы не упасть;
- следует учить ребенка удерживать равновесие;
- каждый раз, когда малышу удастся выполнить какое-либо упражнение, его следует похвалить и приласкать;
- постепенно надо сокращать объем помощи ребенку в овладении тем или иным навыком, добиваясь, чтобы он все делал самостоятельно;
- отработывая с ребенком тот или иной навык, следует широко использовать современные реабилитационные пособия и тренажеры;
- постоянно вырабатывать у ребенка чувство опасности и осторожности;
- навыки владения телом лучше всего отработывать, когда взрослый (лучше, когда это делает мать) держит ребенка на животе или на коленях.

При решении реабилитационных задач надо неукоснительно следовать правилу: помогать ребенку нужно лишь столько, сколько ему необходимо, надо побуждать ребенка большее число упражнений выполнять самостоятельно.

Круг упражнений по развитию навыков владения телом, координации движений, чувства равновесия и умения сидеть достаточно широк, и они могут быть индивидуализированы и построены в виде интересных игр.

Эти общие рекомендации не исключают значительного числа самых разных особенностей, учитывающих индивидуальность малыша, его возможности, степень сохранности интеллекта и многое другое. Например, если не удастся научить ребенка переворачиваться после долгих специальных занятий, можно достичь хорошего результата, приподняв ножку малыша и помогая ему таким образом освоить этот сложный двигательный акт. А затем должны следовать длительные и упорные тренировки, закрепляющие полученный результат. Если малыш страдает спастическим напряжением мышц, нужно сначала помочь ему расслабиться, например, покачивая его ножки взад и вперед, либо, свернув его «клубочком», медленно раскачивать ноги из стороны в сторону. Таких приемов существует довольно много. Можно попробовать, держа ребенка на коленях, поворачивать туловище в разные стороны. В любом случае спастика должна заставить специалиста видоизменить занятия с ребенком, дополнить их массажными процедурами, соответствующими лекарственными средствами и т.п.

Родителям необходимо помнить, что раннее педагогическое вмешательство должно происходить в виде различных игр. Современные пси-

хологические исследования показывают, что умственные способности начинают складываться очень рано и формируются они не сами собой, а под влиянием окружающей обстановки, по мере расширения деятельности ребенка. При осуществлении простейших манипуляций и обучении элементарным навыкам самообслуживания малыш получает множество новых впечатлений, он практически знакомится со свойствами предметов – их формой, величиной, массой, твердостью. Ребенок лучше всего занимается со взрослым, если воспринимает обучение как забаву или игру. Для того чтобы игры носили развивающий характер, не утомляли ребенка, необходимо руководствоваться следующими принципами:

- нельзя заниматься подолгу одними и теми же играми или упражнениями;
- необходимо стремиться разнообразить занятия с малышом интересными приемами, новыми игрушками и т.п.;
- игра, с одной стороны, должна быть достаточно трудной, чтобы малышу было интересно, а с другой – достаточно легкой, чтобы он видел результаты своей деятельности;
- не все игры надо планировать заранее, детей часто увлекает эксперимент, различные приключения, неожиданность и т.п.;
- игры почти всегда важнее игрушек, так как в качестве последних можно использовать почти любые предметы;
- игрушки и пособия для игр можно делать вместе с детьми, посвящая их в «тайнство» превращения одних предметов в другие;
- для стимулирования наблюдательности, расширения круга представлений ребенка, нужно широко использовать прогулки.

В процессе реабилитации ребенка с отклонениями в интеллектуальном развитии необходимо развивать у него любознательность, интерес к окружающему миру и одновременно обучать его действовать с предметами, играть, рисовать, конструировать.

Малыша надо научить заранее, обдумывать свои действия и применять приобретенные знания и навыки в самых различных ситуациях.

Родители всегда должны помнить, что успех реабилитации во многом зависит от постоянного и пристального внимания к ребёнку, от глубины постижения нужд, интересов ребенка и изучения особенностей его развития. При этом реабилитационная помощь ребенку не должна никогда прерываться, так как эффект может наступить «незаметно», а иногда и неожиданно.

3.3. Приемы самопомощи родителей в условиях психологической травмы

*Господи, дай мне терпения принять то, что я не в силах изменить,
Дай мне силы изменить то, что я могу изменить,
И дай мне мудрость отличать одно от другого.*

Рейнольд Нейборо

Согласно традиции, сложившейся в нашей стране, проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматриваются в большинстве случаев исключительно через призму проблем самого ребенка. Считается достаточным ограничиться методическими рекомендациями родителям по вопросам обучения и некоторыми советами, касающимися воспитания ребенка. Однако, как свидетельствует практика, такое воздействие, несмотря на старания и усилия со стороны специалистов, оказывается недостаточным, так как из поля зрения исключается один из аспектов, требующих особого внимания, а именно: родители ребенка с отклонениями в развитии. На наш взгляд, решение проблемы социальной адаптации семей данной категории, обретения ими своей «социальной ниши» следует искать в сфере реализации коррекционного воздействия не только на аномального ребенка, но и на его родителей.

После выявления той или иной патологии у ребенка семья попадает в ситуацию психологической травмы.

Очень подробно такая ситуация описывается в книге Е. Черепановой «Психологический стресс».

Существует много теорий, объясняющих возникновение травматического стресса. Ряд психологов предлагают рассматривать психологическую травму с точки зрения смерти, свободы, изоляции и бессмысленности. В травматической ситуации эти темы выступают не абстрактно, не как метафоры, а являются абсолютно реальными объектами переживания.

Как возникает психологическая травма?

Психологическая травма – это травма психики человека. Психика, в переводе с греческого *psyche*, – означает душа, то есть это, в первую очередь, травма души. Душа – очень емкое понятие. Человека можно истощающе охарактеризовать, сказав «У него широкая душа» или «Он малодушный». Услышав такие определения, сразу становится по-

нятно, что это за человек, то есть душа – это основа личности, ее ядро. В жизни люди сталкиваются с разными ситуациями, что-то не задевает, что-то трогает. Но когда случаются события, ранящие душу, происходит психологическая травма.

Полученная психологическая травма разрушает защитные механизмы, проникая в душу, вызывает тяжелые и длительные переживания. Она навсегда сохраняется в памяти, становится фактом жизненного пути.

Между тем, получивший травму человек часто пытается сделать что-то такое, чтобы все было как прежде: «Я стараюсь не думать про то, что с нами произошло», «Мне надо взять себя в руки», «Мне надо отвлечься, и тогда я смогу много чего сделать». То есть сделать так, чтобы травма перестала причинять душевную боль, избавиться от болезненных впечатлений, не меняя ничего в себе. По сути дела, это попытка отделить от себя свои болезненные переживания, спрятать подальше внутри себя, помещая их в некий «контейнер» — виртуальное образование, обеспечивающее психологическую защиту от внедрения в сознание травматических впечатлений. В него заключены травматические переживания чрезвычайно негативные, и разрушительные: гнев, вина, страх и др. Эти чувства накалены очень сильно. Поэтому, внутри «контейнера» спрятана агрессивная энергия, которая не нашла своего выхода в момент переживания травмы. Травмированный человек, почувствовавший чрезвычайно сильные и разрушительные эмоции, больше всего на свете опасается их повторения. Но эти эмоции уже возникли и «бережно» сохраняются в «контейнере», не имея свободного выхода. Если же им удастся вырваться наружу, травмированный человек, как правило, теряет контроль над собой. Зная это, он вынужден, прилагать титанические усилия, чтобы «контейнер» не открылся и неконтролируемые эмоции не выплеснулись наружу, сметая все вокруг.

Сохранение такого «багажа» со временем, требует все больше усилий, и, в конце концов, может получиться так, что вся энергия человека будет расходоваться на это. Возникает переутомление, бессонница, раздражительность, нарушения внимания, памяти и др. Человек истощается в борьбе с самим собой.

Столкновение с травматической ситуацией – информацией о том, что ребенок имеет серьезные проблемы в развитии или тяжело болен, ставит родителя лицом к лицу с реальностью, с которой он не готов сойтись. При этом, кардинально меняется образ мира, который из комфортного и защищенного, превращается в мир роковых случайностей, опасности, несправедливости. Ситуация, в которую попадают члены се-

мы больного ребенка, сразу же показывает обманчивость представления о справедливости устройства мира.

Иллюзия справедливости воспринимается как высказывание: «Каждый получает по заслугам», или «Если я буду делать добро людям, то оно ко мне вернется». На вопрос: «Как же с нами может такое случиться, ведь мы все делаем правильно?!» – звучит ответ: «Может!», и никому при этом, нет дела – плохи Вы или хороши, любят Вас или нет, о чем Вы мечтали, к чему готовились, что планировали. Это открытие – настоящее потрясение. Ведь оно обесценивает все усилия: «Зачем быть хорошим человеком, если это не дает защищенности».

Третья иллюзия – иллюзия простоты устройства мира, заключается в представлении о том, что мир очень прост, в нем есть добро и зло, друзья и враги, счастье и горе. В ситуации психологической травмы все перемешивается, все становится спутанным, где друзья, где враги, где хорошее, где плохое? Появляется ощущение полного хаоса.

Возникает следующая актуальная тема – тема свободы. Ощущать себя свободным – это счастье! Что больше всего ограничивает нашу свободу? Самым сильным ограничением является чувство вины и, вытекающие из него, всевозможные долги, обязательства, ответственность. На протяжении долгих лет нас убеждали, что мы за все в ответе. Но человек отвечает только за то, что от него зависит! И не более того.

Родители же, неизменно ощущают вину, если беда случается с ребенком. Это чувство практически поглощает травмированных родителей, максимально ограничивая их свободу – их внутреннюю свободу!

Между тем, чувство вины одно из самых бессмысленных и разрушающих. Человек, испытывающий чувство вины, постоянно казнит себя, пытаясь искупить свою реальную или воображаемую вину, стремится наказать себя, занимаясь саморазрушением, иногда даже начинает считать, что вообще недостоин жить. Все это – угнетает травмированных родителей, не дает им возможности развиваться, «тормозит» их жизнь.

Тема изоляции – возникает, когда родители вдруг чувствуют, что им стало очень трудно и даже невозможно устанавливать близкие отношения с другими людьми. Их переживания, их опыт настолько уникальны, что другим людям бывает просто невозможно их понять. Внутреннее ощущение одиночества подкрепляется и социальной «изоляцией», ведь после постановки ребенку диагноза его причисляют к определенной категории, называемой «инвалид», в структуре социальных слоев это – отдельная общность людей с ограниченными возможнос-

тами. Ограниченные возможности – и есть изоляция. Рождение детей с проблемами здоровья – это травмирующая ситуация для социального общества. В нем возникают такие же процессы по разрушению иллюзий, как и у родителей, срабатывает защита, и общество, неосознанно, отторгает семьи с больными детьми, отгораживается от инвалидов, выделяя их в особую категорию.

Тема бессмысленности. Известно – человек может вынести все что угодно, если в этом есть смысл. Психологическая травма неожиданна, беспричинна, поэтому воспринимается, как бессмысленная. Во имя чего? Или за что? Травмированные родители придумывают несуществующие оправдания случившемуся несчастью – это может звучать так: «В искупление грехов прародителей», или считаться «знаком божьим». Становится совершенно непонятно, что теперь с этим предзнаменованием делать. Наступает полная растерянность.

Крушение подобных, присущих человеку, иллюзий можно сравнить с потерей некой устойчивости, ведь все базовые понятия представляют собой основание – фундамент. В момент психологической травмы фундамент рушится: «теряется почва под ногами», а в состоянии такой невесомости трудно управлять собой, иногда трудно понять: кто ты такой, что произошло и что надо делать?

Эмоциональные и физические реакции, которые следуют за таким событием, бывают обычно очень интенсивными, пугающими и вызывающими шок. Вы можете быть удивлены чувствами, которые Вам незнакомы и кажутся невозможными для Вашего характера.

Грусть. Чувство глубокой грусти и печали обычно возникает, если ребенку был причинен вред или ему угрожает опасность. Беспомощность. Травмирующая информация, как правило, слишком сильна (сверхмощна). Она как бы вычеркивает самое лучшее в Вас, и заставляют чувствовать бессилие и неспособность помочь.

Повторяющееся переживание события. Впечатления, испытанные во время получения информации о том, что Ваш ребенок в сложной ситуации, могут быть столь сильными, что их переживание будет продолжаться очень долго: часто бывают вспышки сильных негативных эмоций, таких как вина, гнев, тревожные сновидения, и приступы внезапной тревоги.

Повторяющиеся переживания могут быть очень тяжелыми и пугающими, но это совершенно нормально, в этом нет ничего необычного.

Оцепенение. Шок от полученной информации может проявляться в том, что Вы будете чувствовать оцепенение и эмоциональную истощен-

ность. Ваши обычные чувства, на время, могут быть заблокированы, и Ваша способность переживать их может быть снижена. Появляется желание отойти от контактов с другими людьми, Вас перестает увлекать то, что обычно радовало.

Жизнь в «займствованном» времени. Вследствие психологической травмы может измениться Ваш взгляд на важные моменты Вашей жизни. Надежды на лучшее будущее могут быть утрачены или разбиты вследствие глубокого разочарования.

Напряженность и беспокойство. Вы можете чувствовать постоянное возбуждение, что затрудняет отдых, засыпание, мешает сосредоточиться.

Снять тяжелое внутреннее напряжение помогает плач. Лучше выразить Ваши чувства, чем пытаться сдерживать слезы.

Злость. Интенсивное чувство злости в Вашем состоянии может быть легко спровоцировано. У Вас появляется ощущение, что Вы не похожи на самого себя. Родные, друзья и коллеги могут замечать некоторые перемены в Вашем характере. Возникает постоянный гнев по поводу несправедливости и бессмысленности происшедшего или против тех, кто, как Вам кажется, был причиной того, что случилось.

Страх. В Вашей жизни могут появиться новые страхи и тревоги. Вы боитесь выйти из дома, потерять своих близких, опасаетесь, что Вас бросят. Другие страхи концентрируются вокруг опасности утратить контроль над собой или пребывать в состоянии постоянной тревоги.

Вина. Вы можете переживать глубочайшее чувство вины. У Вас возникают сомнения, смогли ли Вы, каким то образом, повлиять на ситуацию. Вы спрашиваете себя, чем Вы заслужили то, что произошло.

Взаимоотношения. Стрессы и напряжение, возникающие в обычной жизни, становятся непереносимыми для тех, кто получил психологическую травму. Эти люди стараются избегать близких контактов с родными, друзьями и коллегами, что, зачастую, ведет к возникновению личных проблем. Трудности во взаимоотношениях, со временем, усиливаются, наряду с нарастанием ощущения, что “никто не может понять, через что я прошел”!

Такое ложное представление является главным препятствием для просьбы о помощи и поддержке. А между тем, часто именно окружающие могут помочь во время кризиса.

Какие физические последствия могут быть у Вас, помимо эмоционального напряжения?

Усталость и истощенность. Все травматические инциденты создают интенсивное и длительное воздействие на тело. Ваше тело долгое вре-

мя может быть физически перевозбужденным, что вначале ведет к усталости, а позже к истощению.

Мышечное напряжение. Повышенная нервозность, в которой Вы находились, выражается в мышечном напряжении в различных частях Вашего тела, что сопровождается разнообразными симптомами, начиная с общей негибкости и напряжения, до болей различной локализации, головных болей, ощущений удушья и комка в горле, и других заболеваний.

Сердцебиение. Все эмоциональные реакции связаны с кратковременными или долговременными физиологическими проявлениями, такими как сердцебиение, потливость, дрожь в руках, что может приводить к периодическому нервному ознобу, болям во всем теле и проблемам с пищеварением.

Медицинское лечение может вызвать некоторое уменьшение этих реакций.

Чувства вины, депрессия, усталость и истощенность, и другие состояния также обуславливают следующие психологические проявления:

- Человек считает себя неудачником, у него высокий уровень неуверенности в себе.

- Испытывается гнев, ничем не мотивированный страх. Эти эмоции беспокоят людей больше, чем сама депрессия.

- Самобичевание.

- Чувство неадекватности.

- Чаще используется стратегия ухода, бегства.

- Ощущение непонятности, брошенности, покинутости окружающими.

- Ощущение бесперспективности.

- Невозможность найти выход из ситуации.

- Ощущение безнадежности, пустоты, бесперспективности (и т.д.).

- При депрессивном состоянии присутствует комплекс внутренних (человек видит себя, будущее, окружающий мир в черном свете) и внешних проблем (денежные неурядицы, сложности во взаимоотношениях с партнером). Особенность мышления при депрессиях заключается в том, что люди берутся за устранение тех проблем, которые как раз и не спровоцировали депрессивное состояние.

- В основе чувства вины и депрессии лежит «искаженное мышление» (П. Гилберт).

- «Всё или ничего». Если человек не идеален (а никто не идеален), он считает себя полным ничтожеством. Любая ошибка, сколь угодно мелкая и случайная, кажется фатальной и закономерной.

- Навешивание ярлыков. Продолжение предыдущего нарушения — совершив ошибку, человек называет себя неудачником, никому не нужным, недостойным любви.

- Чрезмерное обобщение. Заключается в необоснованно частом использовании слов «всегда» и «никогда».

- Фильтрация. В сложных ситуациях, обычно включающих в себя позитивные и негативные стороны, человек видит только негатив.

- Пренебрежение позитивными сторонами. Более мягкая форма предыдущего нарушения: индивид осознает хорошие стороны своих действий и обстоятельств, но не придает им значения («Это мелочь», «Это каждый может»).

- Прыжок к заключениям. Вместо полного логического вывода человек делает “очевидное” заключение, основываясь на внешнем сходстве ситуации с тем, что случалось с ним раньше, или, хуже того, на где-то услышанном или прочитанном. Причем, как правило, предполагает наихудшее из возможного и считает его наиболее вероятным.

- Преувеличение. Обычно преувеличиваются трудности, недостатки и неприятные ситуации.

- Эмоциональное обоснование. Человек путает свои эмоции с реальностью (Это пугает меня, поэтому оно вредно и опасно).

- Персонализация вины. Принятие на себя ответственности за события, которые не могли контролироваться.

Таким образом, чувство вины и депрессия – сложные кризисные состояния. Работа по их преодолению является сложной и многоплановой.

Важно помнить, что внутренняя проработка травматического события и обсуждение, проговаривание его с кем-то из близких людей, или с профессиональным психологом, – это первый и самый важный шаг к долговременному выздоровлению.

И помните:

- у Вас могут быть некоторые или все перечисленные реакции, время от времени, или постоянно. Во всех случаях – это знаки, говорящие о том, что Вы – на пути естественного исцеления. Это работа Вашей души, направленная на преодоление своей травмы.

- разрушение базовых иллюзий – страшный и болезненный момент, и очень важно, что последует за этим. Жить в состоянии «психологической невесомости», не ощущая под ногами устойчивой опоры, тратя невероятное количество энергии на удержание своих переживаний, испытывая постоянную тревогу и разочарование, чувство вины и гнев – тяжело и неинтересно! Падая в пропасть своих пере-

живаний, родитель не в силах помочь своему ребенку, хотя именно это – цель всего его существования. Находясь в состоянии психологического надлома, просто невозможно увидеть всей перспективы возможных действий. Воспитывать в таком состоянии ребенка – просто не честно по отношению к нему.

· если человек сможет выйти из мира, хотя и удобных, но все, же иллюзий, в мир опасный, но все, же реальный, это означает, что он повзрослел и состоялся, как личность. Если родители сумели извлечь из своего переживания важный личностный опыт, то вне зависимости от своего возраста, они всегда будут психологически более зрелыми, чем те, кто никогда не сталкивался с человеческой трагедией. Они будут лучше понимать жизнь и чувствовать других людей.

Что же делать? Как правильно вести себя в состоянии психологической травмы? При каких условиях воспитание ребёнка будет осуществляться наиболее успешно?

Нам представляется важным дать Вам информацию, которая поможет вовремя распознать последствия психологической травмы и оказать помощь себе и ребенку.

Для полноценного и гармонического развития личности ребенку необходимо расти в теплом семейном окружении, в атмосфере счастья, любви и понимания. Особенно это важно для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Такой ребенок нуждается в усиленной поддержке и помощи близких ему людей. Создание и поддержание в семье здорового психологического климата служит гарантией правильного развития ребенка и позволяет полнее раскрыть его потенциальные возможности.

Во многом, результат зависит от отношения родителей к самому факту рождения «особого» ребенка, выбора стиля и тактики его воспитания, понимания особенностей заболевания на всех этапах развития ребенка и сохранения уважительных отношений между всеми членами семьи. Даже само понимание того, в каком состоянии Вы находитесь, производит терапевтический эффект. Все негативные переживания имеют право на существование, человек не робот, и он не может реагировать по-другому.

Принять ситуацию, это не значит бездействовать, напротив, это означает действовать, исходя из тех условий, в которые Вы попали, искать оптимальное взвешенное решение. Необходимо понять и принять советы специалистов. Постановка диагноза не должна вызывать у родителей панику или пессимизм. Эта ситуация должна побуждать к осозна-

нию истинного состояния ребёнка и помогать принять и осуществить, рекомендованные врачом, психологом, педагогом-дефектологом меры по дальнейшему воспитанию и обучению их ребёнка.

Вам необходимо понять себя, свои переживания, не загонять их в «контейнер». Это задача сложная, но выполнимая. Обратиться за помощью к специалисту – не малодушие, а знак того, что человек хочет изменить свое состояние, хочет успешно действовать в сложившейся ситуации. Разрешить себе прожить свое горе, означает перейти на новый уровень существования.

Ф. Е. Василюк в книге «О человеческом в человеке» пишет: «... переживание горя, может быть, одно из таинственных проявлений душевной жизни. Каким чудесным образом человеку, опустошенному утратой, удастся возродиться и наполнить свой мир смыслом? Как он, уверенный, что навсегда лишился радости и желания жить, сможет восстановить душевное равновесие, ощутить краски и вкус жизни? Как страдание переплавляется в мудрость?...» Можно ли ответить на эти вопросы? Можно лишь с уверенностью сказать, что все это под силу величайшему человеческому духу.

Следует помнить и о некоторых отрицательных моментах в отношении окружающих к детям с отклонениями в развитии, к которым должны быть готовы родители и ближайшие родственники:

- демонстративная жалость, снисходительно-покровительственное предложение помощи или праздное обсуждение проблем семей, имеющих детей с отклонениями в развитии;
- считая себя социально выше, некоторые люди ожидают от проблемных детей, их родителей и родственников постоянной печали. Нормальное поведение родителей в какой-то мере даже оскорбляет окружающих.
- пренебрежение, выраженное, например, мимикой, взглядом. Жестами, словесными оскорблениями, насмешками и т.п.

Как помочь себе в сложившейся ситуации?

Мы уже отмечали, что эмоции, которые Вы испытываете, очень неприятные и тяжелые, но все, же они имеют право на существование потому, что Вы попали в ситуацию психологической травмы, а при этом возникают именно такие переживания.

Для того что бы помочь себе справиться с этим тяжелым эмоциональным состоянием, нельзя свои переживания загонять в тот пресловутый «контейнер», про который Вы уже слышали.

Совет: Вы будете чувствовать себя лучше, если позволите себе разделить свои переживания с людьми, способными оказать поддержку.

Не держите свои проблемы в себе. Своими впечатлениями от ухода за ребенком нужно делиться, и, в первую очередь, со своими близкими, членами семьи, друзьями. Скорее всего, Вы поймете, что не одиноки в своих переживаниях, и можете рассчитывать на понимание и поддержку от взрослых людей, которые находятся рядом. Если же такой поддержки Вы не ощутите, не стесняйтесь обратиться к психологу. Выберите специалиста, которому Вы будете доверять, воспользуйтесь рекомендациями друзей или знакомых, которым работа с психологом помогла, принесла пользу.

Многие люди, ухаживающие за больными детьми, перестают поддерживать социальные контакты и ограничиваются лишь заботой о ребенке. Однако, чувствуя себя одиноким, очень тяжело ухаживать за больными. Чрезвычайно важно не терять друзей и общественные контакты.

Совет: постарайтесь привлечь всю семью к уходу за ребенком. Иногда семья является лучшим помощником, иногда она приносит лишь огорчения. Важно не отвергать помощь других членов семьи, если они располагают достаточным временем, и не стоит нести, подчас нелегкое, бремя ухода за больным ребенком в одиночестве. Когда члены семьи огорчают Вас нежеланием помогать, или из-за недостатка знаний о болезни критикуют Вашу работу, можно создать семейный совет для обсуждения проблем ухода за ребёнком.

Очень важно иметь время и для себя. Это даст Вам возможность получать от жизни удовольствие. Если Вам необходимо на длительный срок отлучиться от ребенка, постарайтесь найти человека, который смог бы в Ваше отсутствие продолжать Вашу работу, что позволит Вам передохнуть.

Совет: Иногда уход за ребенком с проблемами в развитии становится непосильной задачей. Если Вы чувствуете, что переутомлены и что работа превышает Ваши силы, обратитесь к тем, кто может оказать Вам помощь. Не забывайте о собственной важности.

Используя простые советы самопомощи, можно устранить реакцию организма, вызванную стрессовым состоянием, на противоположную, так называемую «реакцию релаксации», научиться справляться с травмирующими ситуациями.

В результате следования этим простым советам произойдет трансформация негативных родительских ожиданий и представлений о ребенке в позитивные; преобразование иррациональных суждений в рациональные. Постепенно устроятся чувства вины, депрессивного фона настроения, страхи и комплексы. Произойдет реструктуризация негативных ролевых стереотипов, расширится жизненное пространство родителей.

И помните, что Ваше благополучие чрезвычайно важно как для Вас самих, так и для Вашего ребенка. В его жизни Вы незаменимы, это дополнительная причина беречь себя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. – М., 2000.
2. Алешина Ю.Е. Семейное и индивидуальное психологическое консультирование. – М., 1994.
3. Браун Дж., Кристенсен Д. Семейная психотерапия и семейное консультирование. – М., 2001.
4. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. –№ 2.– 2000.
5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб. Питер, 2005.
6. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. – М. Когито-Центр, 2007.
7. Гаврилова Т.П. Психология семьи. – М., 2002.
8. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. – Л., 1997.
9. Гилберт П. Преодолей депрессию. – М., 1998.
10. Дружинин В.П. Психология семьи. – М., 1996.
11. Ермолаева М.В., Психологические рекомендации и методы развивающей и коррекционной работы с дошкольниками. – М.: Издательство “Институт практической психологии”; Воронеж: Издательство НПО “МОДЭК”, 1998.
12. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 2001.
13. Карабанова, О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: учебное пособие / О. А. Карабанова. – М.: Гардарики, 2006.
14. Краузе М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям: – М.: Издательский центр «Академия», 2006.
15. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – София, 2001.
16. Лэндрет, Г.Л. Новые направления в игровой терапии. – М. Когито-Центр, 2007.
17. Мак-Кей М., Роджерс П., Мак-Кей Ю. Укрощение гнева. – СПб., 1997.
18. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М., 1998.
19. Николс, М., Шварц, Р. Семейная терапия. Концепции и методы. – М., 2004.

20. Петрова В.Г., Белякова И.В., Кто они, дети с отклонениями в развитии? – М., 1998.
21. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учеб. пособие для студентов средних педагогических учебных заведений /Под ред. И.В.Дубровиной. – М., 2001.
22. Сарджвеладзе Н. и др. Травма и психологическая помощь. – М.: Смысл; ЧеРо, 2005.
23. Сатир В. Вы и Ваша семья. Руководство по личностному росту. – М., 2002.
24. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя. //Журнал практической психологии и психоанализа. – №1-2. – 2001.
25. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб., 2002.
26. Тингей-Михаэлис К. Дети с недостатками развития: книга в помощь родителям: пер. с англ. / Кэрол Тингей-Михаэлис . – М.: Педагогика, 1988.
27. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Ткачева В.В. Дефектология. – М., 1998.
28. Франк В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. – СПб., 2000.
29. Фримен Д. Техники семейной психотерапии. – СПб., 2001.
30. Фристад М., Арнольд Дж. Ребенок с эмоционально неустойчивым характером. – СПб.: Питер, 2004.
31. Черепанова Е.М. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку: – 2-е изд.– М.: Издательский центр «Академия», 1997.
32. Шелдон Левис, Шейла Левис. Ребенок и стресс: «Сам себе психолог». –СПб: Питер Пресс, 1996.
33. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб., 1999.
34. Эллис А. Гуманистическая психотерапия. – М., 2002.

***Интернет-ресурсы для родителей, воспитывающих детей
с отклонениями в развитии***

1. <http://www.wse-wmeste.ru/>
2. http://www.school.edu.ru/catalog.asp?cat_ob_no=8150&pg=9
3. <http://www.familyeducation.ru/talk/4/135/>
4. <http://adhd-kids.narod.ru/links1.html>
5. <http://doroga-istin.ru/index.php?topic=619.0>

6. <http://www.dislife.ru/flow/theme/5758/>
7. www.allwomens.ru
8. <http://humanhealth.ru/inv2.html>
9. <http://independentfor.narod.ru/material/laws01.htm>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Абилитация – развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, предотвращение появлений у ребенка с нарушениями ограничений активности (жизнедеятельности) и участия в жизни общества.

Брак – исторически меняющаяся социальная форма отношений между женщиной и мужчиной, посредством которой общество упорядочивает и санкционирует их половую жизнь и устанавливает их супружеские и родительские права и обязанности.

Вторичные нарушения по своей природе качественно отличаются от первичных, хотя и производны от них. Связь вторичных нарушений с первичными не имеет органической природы и не столь безусловна, как это представлялось раньше исследователям детской дефективности. Вторичный дефект, по мнению Л.С. Выготского, является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной – так называемое специфическое недоразвитие. Сюда, например, относится недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями слуха. Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является фактор социальной депривации. Дефект, в той или иной мере препятствуя общению, тормозит приобретение знаний и умений. Вторичные нарушения возникают только тогда, когда первичные нарушения приводят к «выпадениям» ребёнка из обязательной для любого общества системы трансляции общественно-исторического опыта. Называя такие выпадения «социальными вывихами», Выготский подчёркивал, что их можно предотвратить, если найти «обходные пути», чтобы обеспечить доступ аномального ребёнка к культуре как источнику развития высших психических функций и специфически человеческих способностей. В этих случаях вторичные нарушения не появляются вслед за первичными.

Выготский Лев Семенович (1896-1934) – выдающийся психолог, разработал культурно-историческую теорию, ставшую основой научной

школы в психологии, кроме того, разрабатывал такие области как вопросы развития высших психических функций, мышления и речи, вопросы психологии искусства. Подходы к пониманию нормы и нарушения развития человека, обозначенные Выготским, стали фундаментом отечественной дефектологии.

Дети группы риска дети, имеющие риск появления нарушений в развитии (медицинский, социальный или биологический) и требующие дальнейшего наблюдения.

Дети с нарушениями развития – дети, у которых по сравнению с их сверстниками, выявлено отставание в развитии или имеются нарушения двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций. Наряду с термином «дети с нарушениями развития» в настоящем документе используются термины «дети с функциональными нарушениями» и «дети с особыми потребностями (нуждами)».

Дети с отклонениями в развитии. Конечно же, следует указывать, с какими отклонениями и в каком развитии. Отклонение относительно нормы может быть как со знаком «+» (одаренность), так и со знаком «-». Само же понятие нормы относительно и в ряде случаев условно. Мы давно уже не воспринимаем близорукость или дальнозоркость как отклонение от нормы, скорее как неизбежность, а очками пользуется большинство. В этом определении, отталкиваясь от нормы, мы невольно задаем направление реабилитации как соответствие нормам.

Дети-инвалиды. Говоря о правовом статусе, следует придерживаться официально принятого в настоящее время термина «дети-инвалиды». К ним относят детей, состояние которых признания их инвалидами соответствует медицинским показаниям, перечисленным в Приказе Минздрава РФ от 4.07.91 № 117. Как правило, это не болезнь, которая может лечиться и даже полностью излечиваться, а стойкие необратимые процессы и состояния, являющиеся последствиями болезней, травм, поражений нормально развитых систем и органов ребенка, либо связанные с их внутриутробным недоразвитием или наследуемые генетически. За рубежом к категории детей-инвалидов относят, в основном, детей с необратимыми нарушениями сенсорных функций, умственного и физического развития, требующими не столько медицинского лечения, сколько абилитации и социальной адаптации.

Диагнозогенез – процесс «навешивания ярлыков», при котором приписывание человеку каких-либо отклонений в развитии или расстройств

усиливает или даже создает эти отклонения и расстройства. Под влиянием медицинских и социальных стереотипов и предрассудков однажды поставленный медицинский ДИАГНОЗ считается определяющим дальнейшее развитие, где одна из функций ДИАГНОЗА – указание на полноценность\неполноценность.

Инвалид – (от латинского *invalidus* – слабый, немощный) лицо, частично или полностью утратившее трудоспособность. Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975г), «инвалид» – это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и /или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного его или ее умственных или физических возможностей. В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. инвалидность определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Инвалидность – 1) стойкое нарушение (снижение или утрата) общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы. В зависимости от степени потери трудоспособности устанавливаются 1, 2 или 3 группы инвалидности, временно (6 – 12 месяцев) или бессрочно. 2) статистический показатель, характеризующий здоровье населения; отношение числа людей допенсионного возраста со стойкой утратой трудоспособности ко всему населению.

Индивидуальность – неповторимое своеобразие каждого человека.

Материнство – сложный феномен, имеющий физиологические механизмы, эволюционную историю, культурные и индивидуальные особенности.

Матриархальная семья – семья, где власть принадлежит жене.

Междисциплинарная команда специалистов – группа специалистов различных специальностей (врачей, физических терапевтов, педагогов,

психологов и др.), работающих в службе ранней помощи (раннего вмешательства), и оказывающих помощь конкретному ребенку и его семье. Работа в команде строится на партнерских взаимоотношениях между специалистами, все решения принимаются ими совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

Нарушение развития – последствия тех или иных изменений в состоянии здоровья или неадекватного воспитания ребенка в семье (сиротском учреждении). Нарушения развития у ребенка двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций.

Нормальная семья – семья, которая обеспечивает требуемый минимум благосостояния, социальной защиты и продвижения ее членам и создает потребные условия для социализации детей до достижения ими психологической и физической зрелости.

Нуклеарная семья – отдельно живущая (без родителей и родственников) супружеская пара с детьми или без детей.

Общение – социальное взаимодействие между людьми посредством знаковых систем в целях трансляции (передачи) общественного опыта, культурного наследия и организации совместной деятельности.

Особенные дети; Дети с особенностями развития. Такое определение фиксирует особенность развития и состояние детей, а не патологию или дефект. Говоря об отклонениях, мы отталкиваемся от нормы. А говоря об особенностях, мы отталкиваемся от человека – от человека с некоторыми особенностями, присущими только ему, от особенного человека: нет детей с ДЦП, похожих друг на друга. Особенность подразумевает отличительность, непохожесть, возможно – неповторимость, индивидуальность, уникальность. Давая такое определение, мы выбираем индивидуально-ориентированное направление реабилитации (включая физическую), при которой особенности могут качественно перерасти в своеобразие и неповторимость конкретного человека.

Патриархальная семья – семья, где власть принадлежит мужу.

Первичные нарушения – это биологические по своей природе повреждения (дефекты) органов или систем. Они могут быть врожденными и приобретенными. В возникновении врожденных нарушений важную роль играют наследственные факторы, вредные воздействия на плод

в период беременности (инфекции, интоксикации, травмы), а также асфиксия и родовые травмы. Приобретённые нарушения являются последствиями перенесённых ребёнком инфекционных заболеваний. Коррекция первичных нарушений осуществляется средствами медицины.

Принцип – основное исходное положение к.-л. теории, учения, науки; внутреннее убеждение человека.

Протекция – покровительство, поддержка, оказываемая одним человеком, как правило, достаточно влиятельным, другому человеку в его поступках, делах включая защиту последнего от неприятностей и нападок со стороны других людей.

Развитие – в общем случае прогрессивное изменение чего-либо, связанное с его совершенствованием, приобретением новых, положительных качеств и свойств.

Раннее вмешательство (прямой перевод англ. «early intervention») – система помощи детям раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений и их семьям. В программах раннего вмешательства работают педагоги, логопеды, педиатры, неврологи, физические терапевты, психологи, а так же социальные работники. В данном документе используется термин «Ранняя помощь», который кажется авторам более точным.

Ранняя коммуникация – процесс обмена информацией, в который включается ребенок, еще не владеющий или только начинающий овладевать языком.

Реабилитация – восстановление (или компенсация) нарушенных функций или структур организма, а также устранение ограничений активности (жизнедеятельности) индивида и его участия в жизни общества.

Родительская любовь – процесс «персонализации» личности ребенка в личности родителя, опосредующий детско-родительские отношения и оказывающий влияние (производящий изменения) как в личности родителя, так и в личности ребенка.

Родительский инстинкт – совокупность сложных врожденных реакций, предопределяющих целесообразное поведение организма во внешней среде.

Родительское отношение – относительно устойчивое явление, включающее амбивалентные элементы эмоционально-ценностного отношения

и способное изменяться в определенных пределах. Реализуется в поддержании контакта с ребенком, формах контроля, воспитании взаимоотношениями.

Родительство – социально-психологический феномен, представляющий собой эмоционально и оценочно окрашенную совокупность знаний, представлений и убеждений относительно себя как родителя, реализуемую во всех проявлениях поведенческой составляющей родительства.

Ролевая адаптация – это согласование и изменение представлений в зависимости от взаимных ролевых ожиданий.

Роль социальная – социально санкционированная и социально значимая функция личности, выполняемая в соответствии с общепринятым социальным стандартом.

Семейно-бытовая мораль – совокупность норм и правил, регулирующих взаимоотношения людей в семье и сфере свободного общения.

Семейно-центрированная деятельность – профессиональная направленность сотрудников Службы на взаимодействие как с ребенком, так и с родителями и другими членами семьи, людьми из его ближайшего окружения.

Семейные отношения – это сложный социально-психологический феномен, включающий мифологические и современные уровни сознания, индивидуальные и коллективные, онтогенетические и филогенетические основания.

Семья – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью.

Скрининг (от англ. «to screen» – просеивать) – быстрый, доступный, приблизительный метод обследования с целью выявления нуждающихся в более точной диагностике или помощи.

Скрининг развития – это массовое повторяющееся обследование детского населения по выявлению факторов риска и проблем, в организации и регуляции различных свойственных данному возрасту видов деятельности и поведения для последующего уточнения причин их возникновения и оказания адекватной помощи.

Служба ранней помощи – служба помощи детям раннего возраста с особыми потребностями от 0 до 3 и их семьям. Термин, используя-

щийся в практике наряду с такими терминами как «службы абилитации» и «службы раннего вмешательства». Это междисциплинарная структура призвана содействовать оптимальному развитию ребенка и его адаптации в обществе. Клиентами Службы ранней помощи являются семьи, имеющие детей от рождения до 3 лет с особыми потребностями, вызванными медицинскими, биологическими и социальными факторами. Это дети, которые: имеют выявленное отставание в развитии; имеют медицинские диагнозы, (стойкие нарушения здоровья), с высокой вероятностью приводящие к отставанию в развитии; проживают в условиях социального риска, подвергались серьезному стрессу или насилию; входят в группу биологического риска.

Специальный педагог – специалист по ранней коммуникации – коммуникация, взаимодействие с детьми младенческого и раннего возраста является основой, сутью профессиональной работы специального педагога со специализацией для работы с детьми от 0 до 3 лет. При подготовке специалистов в педагогическом институте для работы с детьми от 0 до 3 лет логично было бы заменить термин «логопед» и термин «олигофренопедагог» на термин «специальный педагог, специалист для работы с детьми младенческого и раннего возраста».

Физическая терапия – это медицинская специальность, в которой применяются физические (естественные или природные) методы воздействия на пациента, базирующиеся на движении, мануальной терапии, массаже, рефлексотерапии и действии тепла, света, высоких частот, ультразвука и воды.

Человек (ребенок) с ограниченными возможностями. Из термина не ясно, что является причиной ограничения возможностей – состояние человека или состояние общества и среды его обитания. Если имеется в виду состояние человека, то правильнее говорить об ограниченных способностях. Именно способности определяют степень его зрелости и приспособленность к среде, представляют действующие функциональные достижения и существуют в настоящем. Другими словами, способности – это освоенные способы реализации потенциала. А возможности, как потенциал развития, лежат в будущем и не определяются, поскольку не тестируются и не оцениваются в настоящем, а могут лишь прогнозироваться с той или иной степенью точности. Здесь важен контекст: какие возможности и чем ограничены. Любой из нас, оказавшись среди туземцев и не зная их языка и обычаев, ограничен в возможностях общения и даже су-

ществования... С точки зрения свободы и ответственности, все мы имеем ограниченные возможности. Но с точки зрения смыслов и ценностей, так называемый «человек с ограниченными возможностями» в возможностях не ограничен.

Человек (ребенок) со специальными потребностями (нуждами). Особый ребенок. Ребенок особой заботы. Эти определения подчеркивают их выделенность из сообщества по какому-либо признаку и обособленность. Отсюда особые нужды, потребности, а также изолированность в специнтернатах и в свих квартирах. Обособленное положение в качестве подопечных приучает их к иждивенчеству. Здесь тоже важен контекст. Особые потребности или специальные проблемы имеет каждый, а в особой заботе нуждаются все дети.

Эмансипация – освобождение от зависимости, предрассудков, опеки; отмена ограничений, уравнивание в правах.

Содержание

Введение	3
РАЗДЕЛ 1. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ	
1.1. Роль семьи в воспитании детей с отклонениями в развитии	5
1.2. Проблемы семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии	15
РАЗДЕЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ	
2.1. Причины возникновения отклонений в развитии у детей	22
2.2. Основные виды отклоняющегося развития у детей	27
РАЗДЕЛ 3. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ	
3.1. Признаки отклоняющегося развития у детей на разных возрастных этапах	38
3.2. Приемы помощи детям с отклонениями в развитии в условиях семьи	53
3.3. Приемы самопомощи родителей в условиях психологической травмы	66
Литература	77
Приложение	80

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Учебное издание

**В СЕМЬЕ ВОСПИТЫВАЕТСЯ РЕБЁНОК
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ**

Методическое пособие для родителей

Редактор Т.Б. Кузнецова,
Компьютерная верстка П.Г. Немашкалов

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$	Усл.печ.л. 5,35	Подписано в печать 11.10.10
Бумага офсетная	Тираж 100 экз.	Уч.-изд.л. 4,21
		Заказ 14

Отпечатано в ООО «РБК-Сервис».