

**И.В.Кожевникова, А.В. Можейко, Н.Н. Федорова**

**Психолого-педагогическая помощь родителям, воспитывающих  
дошкольников с детским церебральным параличом**

**Оглавление**

Введение . . . . .

1. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с детским  
церебральным параличом. . . . .

2. Формирование компетентности родителей, воспитывающих  
дошкольников с детским церебральным параличом, как социально-  
педагогическая проблема . . . . .

3. Клуб для родителей, воспитывающих дошкольников с детским  
церебральным параличом, как инновационная форма повышения их  
компетентности . . . . .

4. Психолого-педагогическая работа по повышению компетентности  
родителей, воспитывающих дошкольников с детским церебральным  
параличом, путем организации деятельности родительского клуба . . . . .

Список использованной литературы . . . . .

Приложение . . . . .

## Введение

Особая роль в развитии ребенка и его эмоционально-личностной сферы традиционно отводится фактору взаимодействия родителей и ребенка, как на ранних, так и на более поздних этапах развития. В процессе постоянного контакта с ребенком родители помогают регулировать и упорядочивать его аффективные взаимоотношения с окружающим миром, осваивать разнообразные психотехнические приемы аффективной организации его поведения, стабилизации аффективных процессов. Нарушения внутрисемейных отношений могут приводить к различным нарушениям психического развития

Наиболее чувствительными к воздействию семейного неблагополучия оказываются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Поскольку полнота удовлетворения потребностей ребенка зависит от родителей, то его представления о себе и образ себя в значительной мере связаны с отношением родителей к ребенку, их восприятием и пониманием ребенка, с характером родительских установок и качества привязанности как родителей к ребенку, так и ребенка к родителям.

Особенности психологического климата в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, описаны в исследованиях Ю.А. Блинкова, Т.Г. Богдановой, Т.Н. Волковской, С.А. Игнатъевой, М.В. Ипполитовой, Е.М. Мастюковой, В.В. Ткачевой и др.

В настоящее время известны работы Е.М. Мастюковой, А.Р. Маллер, В.В. Ткачевой и др., в которых рассмотрен психологический климат семей, воспитывающих дошкольников с ДЦП.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5 - 10% детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с такими нарушениями отличаются значительной полиморфностью.

В научной литературе представлены труды Т.Н. Волковской, Г.А. Мишиной, Е.И. Морозовой и других, в которых отражены формы организации коррекционно-педагогической работы учителя-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка с ДЦП.

Родители часто затрудняются определить свою роль в новых сложных ситуациях, они не всегда умеют создать условия, позволяющие ребенку с ДЦП нормально развиваться, обучаться и самореализовываться. Самостоятельно изменить сложившуюся ситуацию многие семьи не способны. Родителю, не включенному в коррекционный и реабилитационный процесс, сложно изменить стереотипы своего взаимодействия с ребенком, что тормозит сам процесс коррекции и реабилитации. При оказании своевременной психолого-педагогической помощи повышаются шансы успешной адаптации дошкольников с ДЦП и их семей к общественной жизни и укрепления морального и психологического климата в таких семьях.

Поэтому в настоящее время все более актуальной становится проблема оказания психолого-педагогической помощи родителям дошкольников с ДЦП. Основной задачей работы с родителями становится повышение их компетентности для создания положительных условий социальной адаптации семей, имеющих ребенка с детским церебральным параличом.

В связи с этим особое значение приобретает приобщение родителей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата к коррекционно-развивающей работе через различные формы взаимодействия, среди многообразия которых можно выделить клуб для родителей как более перспективное средство повышения их компетентности.

## **1. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с детским церебральным параличом**

Дети с нарушением функции опорно-двигательного аппарата уже несколько десятилетий являются объектом пристального внимания специальных педагогов. По данным Госкомитета Российской Федерации за 2011 г.г. каждый 10-й ребенок-инвалид является инвалидом по причине нарушений функций опорно-двигательного аппарата. Среди детей с ограниченными возможностями здоровья значительную часть занимают дети, страдающие различными формами детского церебрального паралича - от 2 до 6 больных на 1000 детского населения.

Впервые подробно подобными нарушениями занялся в 1830-х выдающийся хирург Джон Литтл, когда читал лекции по родовым травмам. В 1861 году в докладе, представленном на заседании Акушерского общества Лондона, Литтл заявил что асфиксия, вызванная патологией в родах, приводит к повреждению нервной системы и развитию спастичности и плегии в ногах. Тем самым он первый описал то, что сейчас известно как одна из форм спастического детского церебрального паралича - спастическая диплегия. В течение длительного времени она называлась болезнью Литтла. В 1889 году не менее выдающийся сэр Ослер ввел термин церебральный паралич [8]. Вслед за Литтлом, в течение более чем века, основной причиной ДЦП считалась асфиксия в родах. Хотя ещё в конце XIX века с этой концепцией не согласился Фрейд, заявив, что патология в родах является лишь симптомом более ранних нарушений плода. Фрейд обратил внимание, что многие дети, которые пострадали от гипоксии продолжали нормально развиваться без появления ДЦП. Фрейд, будучи неврологом, заметил связь между ДЦП и другими нарушениями: умственной отсталостью и эпилепсией. В 1893 году им был введён термин «детский церебральный паралич», а в 1897 году он высказывал предположения, что данные поражения связаны больше с нарушением развития мозга ещё во внутриутробном периоде [5]. На

практике выводы Фрейда подтвердились в 1980-х. Именно Фрейд, на основании своих работ в 1890-х объединил различные нарушения, вызванные ненормальным развитием головного мозга под одним термином и создал первую классификацию детского церебрального паралича. Классификация ДЦП по Фрейду (1897):

- 1) гемиплегия,
- 2) церебральная диплегия (двусторонний церебральный паралич): генерализованная ригидность (болезнь Литтла), параплегическая ригидность, двусторонняя гемиплегия, генерализованная хорея и двойной атетоз [5].

На основании этой классификации были составлены все последующие. «Параплегическая ригидность» сейчас к ДЦП не относится.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц [42].

При ДЦП резко нарушено взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, между звеньями самой двигательной системы, между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. ДЦП характеризуется нарушением высших корковых функций, признаками поражения пирамидных путей и подкорковых (базальных) ядер.

В становлении функций нервной системы при нормальном развитии мозга наблюдается преемственность и стадийность. У здорового ребенка последовательность созревания мозговых систем, управляющих движением, определяет поэтапность в развитии движений, когда на смену одним элементарным двигательными формам приходят другие, более сложные и совершенные.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Основные проявления: неспособность сохранять нормальную позу и выполнять активные движения. Этому часто сопутствуют

нарушения психики, речи, зрения, слуха, что в итоге отражается на социально значимых навыках, таких как способность самостоятельно принимать пищу, одеваться и т. д.

Ограничение поля зрения ребенка является одной из причин задержки его психического развития. Достаточно сказать, что к двум годам многие дети еще плохо удерживают голову и не умеют ее поворачивать и разглядывать окружающее, не умеют захватывать и удерживать игрушки. В большинстве случаев кисти рук сжаты в кулачки, большой палец плотно приведен к ладони, и его участие в захвате игрушки невозможно. Отмечается патологическое изменение мышечного тонуса.

Поражение мозга при ДЦП в большинстве случаев происходит внутриутробно и связано с инфекционными заболеваниями и различными интоксикациями, перенесенными будущей матерью во время беременности, с хроническими заболеваниями и несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору по групповой принадлежности. Заболевание не наследуется в случае болезни родителей.

В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях. В настоящее время в нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К.А. Семеновой (1974 - 1978), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов [42]. В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания - двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

**1. Спастическая диплегия** - наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных церебральным параличом. В литературе ее иногда называют «болезнь Литтля», по имени врача, впервые описавшего ее в середине XIX в. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна - от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений в сочетании с нередуцированными тоническими рефлексамии. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвижение и манипуляции становятся невозможными.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. Е.М. Мастюкова, К.А.Семенова, отмечают, что нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития наблюдаются у 70 - 80% детей со спастической диплегией. При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые нарушения наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности.

Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Степень

социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

2. Следующая форма ДЦП - **двойная гемиплегия** - возникает при наиболее тяжелых поражениях незрелого мозга. Это тоже тетрапарез. Однако обе пары конечностей поражаются в одинаковой степени. Больные - практически обездвиженные, безречевые и имеют глубокую степень интеллектуального недоразвития. Их состояние усугубляется наличием сопутствующих синдромов, что приводит к невозможности их воспитания и обучения. При условии отсутствия глубокого интеллектуального недоразвития у этих больных двойная гемиплегия может трансформироваться в спастическую диплегию. Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии - преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексy совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные нарушения. Часто имеют место судороги (45 - 60%).

Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые нарушения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. Тяжелые двигательные нарушения рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

**3. Гиперкинетическая форма ДЦП** характеризуется наличием насильственных движений. Гиперкинезы встречаются в сочетании и с параличами, и с парезами или без них. Широко распространены речевые нарушения (90%). Интеллект ребенка при этом часто остается удовлетворительным. Обучению ребенка мешают тяжелые речевые нарушения и тяжелые расстройства произвольных движений. Однако дети с этой формой ДЦП проявляют стремление к общению и обучению. Эта форма вполне благоприятна в отношении обучения и социальной адаптации. Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечается нарушение эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками позже, чем здоровые. Уже в период новорожденности (от 6 до 10 мес.) паретичная рука в большей степени, чем здоровая, приведена к туловищу, кисть сжата в кулак, ограничен объем спонтанных движений. При формировании функции хватания ребенок не может больной рукой схватить игрушку, соединить кисти перед грудью, поднести пораженную руку ко рту. Дети начинают ходить с опозданием на 1 - 2 года. Начиная ходить, ребенок обычно подает матери здоровую руку. Этим усиливается тенденция выносить здоровую сторону вперед, а паретичную оставлять несколько сзади («ходьба сенокосца»). Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда и укорочение пораженных конечностей. Рука обычно в большей степени отстает в росте, чем нога.

Нарушение речи отмечается у 30 - 40 % детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьируется от легкой задержки психического развития до грубых интеллектуальных нарушений. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

**4. Атонически-астатическая форма ДЦП** отличается низким тонусом мышц, в отличие от других форм с высоким тонусом. Для этой формы характерно наличие парезов, атаксии и тремора. У 60% - 75% детей наблюдаются речевые расстройства. Довольно часто при этой форме наблюдается недоразвитие психики. При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма. У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического нарушения играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, расторможенность, агрессивность. По данным К.А. Семеновой в 55 % случаев помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-

астатической формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости.

**5. Гемипаретическая форма.** При этой форме двигательные расстройства выражены в меньшей степени, чем при других формах ДЦП. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда - укорочение длины паретичной конечности. При этом тяжелее поражаются руки - правая или левая. Эта категория больных ДЦП, как правило, лучше, чем при других формах, общается, социально ориентируется и приучается к труду, но нуждается в коррекции нарушений таких корковых функций, как счет, письмо, пространственное восприятие. Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений - гиперкинезов. Гиперкинезы возникают произвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2 - 4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4 - 7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей (20 - 25%) имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокочастотный слух; у 10 - 15% отмечаются судороги.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей.

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по общеобразовательной программе. Затем, постепенно осваивая вертикальную установку тела и передвижение с поддержкой или без нее, 35 - 45% детей переходят в школы-интернаты для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата или в общеобразовательные школы. По окончании школы больные с этой формой

ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их и адаптируются к доступной трудовой деятельности.

Физические особенности дошкольников с ДЦП проявляются в ограничении предметно-практической деятельности, недостаточном развитии предметного восприятия, затруднении манипуляции предметами и их восприятии на ощупь.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности:

1. Тяжелая. Дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Они не могут себя обслуживать.

2. Средняя. Дети овладевают ходьбой, но передвигаются с помощью ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.п.) Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.

3. Легкая. Дети ходят самостоятельно. Они могут себя обслуживать, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики [3].

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются следующие.

**1. Нарушение мышечного тонуса.** Часто у детей с церебральным параличом наблюдается повышение мышечного тонуса - спастичность. Мышцы в этом случае напряжены, что связано с поражением пирамидной системы. Для ДЦП является характерным нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены,

согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей. Нарушение мышечного тонуса по типу спастичности наиболее часто наблюдается при спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимального повышения мышечного тонуса). Ригидность - напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамидной (подкорковой) системы. Нарушение мышечного тонуса по типу ригидности отмечается при двойной гемиплегии.

При гипотонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора. При этом отмечается нарушение статики, несоразмерность движений, походка с покачиванием и потерей равновесия; ребенок сидит согнувшись, не удерживается в вертикальном положении. Гипотония особенно выражена при атонически-астатической форме ДЦП и у детей с гиперкинетической формой ДЦП на первом году жизни.

При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны подкорковых структур возникает дистония - меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться невозможным. Дистония наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича.

При смешанных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер

этого сочетания может меняться с возрастом. Например, у больного со спастической диплегией со временем могут появиться насильственные движения - гиперкинезы - в руках и артикуляционном аппарате. Это свидетельствует о сложном механизме нарушений мышечного тонуса, которые зависят от многих факторов.

Большое значение в нарушении мышечного тонуса у детей с церебральным параличом имеет неравномерность созревания различных мозговых структур. Нарушения мышечного тонуса могут широко варьировать от грубых до практически приближающихся к норме.

**2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).** Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдает тонкая моторика. В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным параличом, а ограничение объема движений - центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы.

Для центрального паралича характерно повышение мышечного тонуса, поэтому даже при гипотонии или дистонии у детей с церебральным параличом отмечается повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах. При парезах страдают в первую очередь наиболее

тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

### **3. Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора).**

Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных двигательных актов. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения затрудняют или делают невозможным совершение произвольных движений, могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей. Гиперкинезы характерны для гиперкинетической формы ДЦП и гиперкинетического синдрома, который может осложнять все формы заболевания. Тип гиперкинеза зависит от локализации поражения в экстрапирамидной системе.

Тремор - дрожание пальцев рук и языка, которое наиболее выражено при письме. Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальценосовая проба по выявлению тремора). Тремор характерен для поражения мозжечковой системы. Наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП и при других формах, осложненных атактическим (мозжечковым) синдромом. Нарушения равновесия и координации движений. Несформированность реакций равновесия и координации - атаксия проявляется как в статике, так и в локомоции. Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия проявляются при открытых и закрытых глазах.

Нарушения локомоции проявляются в виде неустойчивости походки: дети ходят пошатываясь, отклоняясь в сторону, для компенсации дефекта на широко расставленных ногах. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор (мелкое дрожание пальцев рук). Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие дети затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Недостаточность реакций равновесия и координации характерна для атонически-астатической формы ДЦП, когда поражена мозжечковая система. Нарушение ощущений движений.

Овладение двигательными функциями тесно связано с ощущением движений (кинестезии). Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. Н.А. Бернштейном доказана важность проприоцептивной регуляции в управлении движением. Специальными исследованиями показано, что при всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в

совершении отдельных движений и их стереотипизации, задерживает формирование тонких координированных движений. Нарушения ощущений движений особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

**4. Синкинезии** - это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений. При ДЦП синкинезии возникают вследствие чрезмерной иррадиации возбуждения, что исключает возможность необходимого контроля со стороны центральной нервной системы. У детей с церебральным параличом отмечаются также оральные синкинезии, которые проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непроизвольное открывание рта.

**5. Нарушения равновесия и координации движений.** Проявляются в неустойчивости при стоянии, сидении, ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений, прежде всего рук. Это вызывает трудности в манипулятивной деятельности и письме.

**6. Нарушение ощущений движения тела или его частей (кинестезии).** Нарушается регуляция движений, связанная с деятельностью проприоцептивных клеток, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставах и передающих в кору головного мозга информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы. У некоторых искажено восприятие направления движения. Это обедняет двигательный опыт ребенка, задерживает формирование тонких координированных движений.

**7. Недостаточное развитие статокинетических рефлексов.** Статокинетические рефлексy обеспечивают формирование вертикального

положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями [3].

Одной из особенностей, характеризующих детский церебральный паралич, является нарушение моторики рук. При некоторых формах заболевания в течение многих лет сохраняются тонические рефлексы периода новорожденности, которые препятствуют развитию двигательной сферы. Нарушение центрального отдела двигательного анализатора приводит к сложным и стойким расстройствам моторики рук, которые характеризуются не только нарушением тонуса мышц, наличием насильственных движений - гиперкинезов, но и неправильной установкой конечностей и контрактурами суставов. Нарушения ряда корковых функций обуславливают наличие атаксий и дизметрий, что проявляется в виде неточности движений рук. Особенно отчетливо они проявляются при выполнении произвольных движений, что препятствует правильному формированию и фиксации в памяти схемы этих движений.

Для детского церебрального паралича характерно нарушение и высших кинестетических функций, (т.е. нарушение мышечно-суставного чувства), определяющих в значительной степени не только тонус мышц, но и развитие произвольных движений. У больных при сохранности правильного восприятия отдельных движений нет возможности синтезировать эти движения в единое целое.

Известно, что формирование представлений о своем теле находится в тесной связи с развитием двигательных функций, с развитием тактильных, зрительных и кинестетических ощущений и соответствия движений, в процессе которых осознается взаиморасположение частей тела - схемы тела. Многие дети, страдающие церебральным параличом, как бы «забывают» пользоваться своими пораженными конечностями, они игнорируют свою пораженную руку даже в случае умеренного поражения. Подавление

деятельности кинестетического анализатора исключает выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых строится чувство собственно тела, чувство позы и тонкая моторика. Все вышеизложенное подтверждает сложный и стойкий характер нарушения двигательной функции у детей, страдающих различными формами ДЦП, и указывает на то, что эти нарушения специфичны для той или иной формы. Степень тяжести двигательных нарушений варьируются в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие нарушения, на другом - минимальные.

Познавательная деятельность дошкольников с ДЦП нарушается и в связи с особенностями их психического развития. Такие авторы, как И.Ю. Левченко, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова, и др. относят нарушения психического развития у детей с церебральным параличом к аномальному психическому развитию и утверждают, что эти нарушения в значительной степени зависят от локализации и времени поражения головного мозга.

Согласно теориям, связанным с именами Л.С. Выготского, А.В. Запорожца, А.Н. Леонтьева, А.Г. Лурии, С.Л. Рубинштейна и других авторов, на основе движения и определенных видов практической деятельности формируются процессы восприятия, которые имеют активный характер и являются познавательными. Постепенно с их развитием появляются психологические предпосылки для освоения более сложных видов практической деятельности, что, в свою очередь, способствует развитию более высокой ступени восприятия.

У ребенка с ДЦП в силу двигательной недостаточности формирование всех видов восприятия может быть нарушено на самых ранних этапах его развития. Причиной являются такие факторы, как нарушение моторного аппарата глаз, недоразвитие статокинетических рефлексов, способствующее ограничению полей зрения у таких детей. Известно, что развитие полей зрения тесно связано с формированием произвольного внимания и всех видов восприятия, том числе и пространственного. У дошкольников с ДЦП при ограниченности предметных действий недостаточно развито предметное

восприятие, а предметные действия невозможны без развития и совершенствования общей моторики. Кроме того, двигательная недостаточность препятствует не только нормальному зрительному и кинестетическому восприятию и их развитию, но и мешает формированию зрительно-моторных связей. Известно, что движение, а также практическая деятельность имеет огромное значение в развитии ряда высших корковых функций, особенно пространственных. Этим объясняются часто наблюдаемые пространственные нарушения у дошкольников с ДЦП.

Многие дети с церебральными параличами испытывают затруднения в восприятии формы, в соотнесении в пространстве объемных и плоских величин, у них трудно формируются понятия «лево», «право», проявляются элементы пальцевой агнозии, трудности в усвоении письма, чтения, счета. Больной ребенок часто не способен различить, обозначить и дифференцировать свои пальцы, не замечая при этом своей несостоятельности.

Тонкая моторика является составной частью моторных способностей человека. Ее развитие базируется на основе формирования оптимальной статики тела, оптимального двигательного стереотипа и движений конечностей, музыкально-ритмических движений. Под термином «тонкая моторика» понимаются высокодифференцированные точные движения, преимущественно небольшой амплитуды и силы. Тонкую моторику необходимо развивать на основе общей моторики, в системе параллельного формирования всех основных видов моторных способностей.

Незрелость в развитии моторных функций проявляется в скованности, неловкости движений пальцев и кистей рук; движения недостаточно четки и координированы. Это особенно заметно в таких видах деятельности, как ручной труд, рисование, лепка, работа с мелкими деталями (мозаикой, конструктором), а также при выполнении бытовых манипуляторных действий: шнуровка, завязывание бантов, плетение косичек, застегивание кнопок, крючков и др.

Следствием органического поражения головного мозга является дефицит в развитии сложнокоординированных графических движений руки, что значительно затрудняет овладение детьми с церебральным параличом базисными движениями, необходимыми для формирования навыка письма. Изменение (повышение или понижение) мышечного тонуса обуславливает утомляемость кистей рук, из-за чего ребенок не может длительное время удерживать карандаш или ручку. Недостаточность деятельности нервной системы делает движения неловкими, препятствует их согласованности и плавности. Указанные нарушения обычно сочетаются с расстройствами зрительно-двигательной координации. Поэтому требуется не только специальная работа по развитию крупной и мелкой моторики, но и целенаправленная работа по формированию сложнокоординированных движений и базисных графических умений.

Мелкая моторика - это тонкие и точные движения пальцев. Их развитие является необходимым условием освоения ребенком большинства видов творческой и бытовой деятельности. От развития мелкой моторики напрямую зависит работа речевых и мыслительных центров головного мозга.

Развитие двигательной сферы вообще, и мелкой моторики в частности, является важнейшим условием психического развития ребенка.

В силу специфики нарушения у дошкольников с детским церебральным параличом особенно страдают наглядные формы мышления, развитию которых способствует формирование конструктивной деятельности, что невозможно без достаточного уровня мелкой моторики и координации движений.

Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. У дошкольников с выраженной моторной неловкостью и легкой степенью ДЦП (преимущественно спастической диплегией) наблюдается повышение мышечного тонуса (спастичность). Не исключены

обусловленные переменным тонусом насильственные движения (гиперкинезы).

Достаточный уровень развития мелкой моторики косвенно воздействует на психоэмоциональную стабилизацию ребенка. Для дошкольников с ДЦП характерны нарушения опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести, следовательно, недостаточное развитие общей и мелкой моторики, в частности слабость, неточность движений, ограничение объема и крайне низкий уровень их координации.

Поэтому преодоление нарушений мелкой моторики, развитие и совершенствование комплекса мелкомоторных навыков, силы, координации, точности, пластичности движений кисти и пальцев рук приобретает в коррекционной работе с дошкольниками с ДЦП первостепенное значение. Коррекционная работа должна строиться с учетом того, что нарушение мелкой моторики у дошкольников с ДЦП носит системный комплексный характер и охватывает все звенья двигательного акта. При ДЦП имеют место нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха. Нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, чувствительности к обычным раздражителям окружающей среды, склонности к колебаниям настроения. Нередко возбудимость сопровождается страхами. Страх нередко возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки. Некоторые дети боятся высоты, закрытых дверей, темноты, новых игрушек, новых людей.

Наиболее часто наблюдаются диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что интеллектуальное достаточное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. У ребенка формируется иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической

деятельности, так как ребенок даже с сохранной ручной деятельностью долго не осваивает навыки самообслуживания.

Кроме того, частые явления при этом заболевании - недостатки в развитии речи, а это нарушает коммуникативность, обобщающие и регулирующие функции речи.

Следовательно, детский церебральный паралич - это полиморфное тяжелое заболевание, связанное с поражением центральной нервной системы, ведущее к основному проявлению заболевания - двигательным нарушениям.

## **2. Особенности формирования компетенции родителей, воспитывающих дошкольников с детским церебральным параличом.**

Широко известно, что отношения между детьми и родителями являются чрезвычайно важными для становления ребенка как социального субъекта, так как они оказывают решающее влияние на развитие его самосознания и личность в целом.

Особенности личности ребенка с ограниченными возможностями развития во многом определяются его положением в семье подчеркивал Л. С. Выготский [9]. Негативные факторы семейного воспитания способны вызвать задержку психического развития, нарушения поведения и личностного развития в целом. В связи с этим помощь семье со стороны специалистов, государства и общества является составной частью любой коррекционной программы.

Сочетание теоретических знаний, их закрепление в опыте семейного воспитания, дискуссии и практикумы, обращенные к реальным трудностям семейного воспитания, создают хорошую основу родительской компетентности [21].

Компетентность как меру соответствия знаний, умений и опыта лиц определенного социально-профессионального статуса реальному уровню

сложности выполняемых ими задач и решаемых проблем рассматривал А.Ф. Веселков [7]. В отличие от термина «квалификация», включает помимо профессиональных знаний и умений, характеризующих квалификацию, такие качества, как инициатива, сотрудничество, способность работать в группе, коммуникативные способности, умение учиться, оценивать, логически мыслить, отбирать и использовать информацию [7].

Компетентность - это личные возможности и квалификация (знания, опыт), позволяющие принимать участие в разработке определенного круга решений или решать вопросы самому, благодаря наличию определенных знаний, навыков; это уровень образованности личности, который определяется степенью овладения теоретическими средствами познавательной или практической деятельности [39].

Компетентность (от англ. competence) - совокупность компетенций; наличие знаний и опыта, необходимых для эффективной деятельности в заданной предметной области.

Компетенция (от лат. competere-соответствовать, подходить)- способность применять знания, умения, успешно действовать на основе практического опыта при решении задач общего рода, также в определенной широкой области [5].

Компетенция (от лат. competere - добиваться, соответствовать, подходить) это:

а) совокупность полномочий (прав и обязанностей) государственных органов или должностных лиц, определяющих границы правомочий в процессе осуществления ими своих функций, Компетенция органов и должностных лиц устанавливается законом, уставом данного органа, а также закрепляется в положениях по отделам и в должностных инструкциях или в иных нормативных актах. Границы компетенции устанавливаются в соответствии с функциями органа управления;

б) круг вопросов, в которых данное лицо обладает познаниями, опытом [5].

Эмоциональную компетенцию как возможность использования эмоциональных знаний и умений в соответствии с требованиями и нормами общества для достижения поставленных целей выделяет И.Ф. Демидова [12]. Развитию эмоциональной компетенции способствуют такие отношения в семье, когда родители внимательны к личной жизни детей, когда ребенка выслушивают и помогают ему разобраться в своих эмоциях и чувствах, когда поощряют и разделяют интересы ребенка, считаются с его мнением. Не способствует ее развитию напряженный эмоциональный фон в семье, раздражительность, недовольство матери, ее нежелание общаться с ребенком. Высокая эмоциональная компетенция помогает находить выход из сложных ситуаций. При ее снижении возрастает уровень агрессивности ребенка. Чем меньше тревога ребенка, тем уровень его эмоциональной компетенции выше. На формирование эмоциональной компетенции влияет развитие таких личностных свойств ребенка, как эмоциональная устойчивость, положительное отношение к себе, ощущение внутреннего благополучия, высокая оценка своей эмпатии. На развитие этих качеств, прежде всего, влияет общая семейная атмосфера, отношения ребенка с родителями. Эмоциональную компетенцию можно развить, если в семье обсуждаются проявления чувств и последствия поступков ребенка для других людей, причины эмоциональных ситуаций, делаются попытки рассмотреть ситуацию со стороны другого человека [12].

Коммуникативную компетенцию как способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми; систему внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия выделила Н.Н Павлова [36].

Компетенция общекультурная - уровень образованности, достаточный для самообразования и самостоятельного решения возникающих при этом познавательных проблем и определения своей позиции [5].

Педагогическую компетенцию в отношении ребенка с особенностями развития М.И. Лукьянова [26] определяет, как личные возможности использовать совокупность сведений о специфике воспитания и обучения, взаимодействия с ребенком с ограниченными возможностями здоровья. А так же об особенностях психического и личностного развития ребенка в норме и в патологии, его возрастных особенностях, о способах, технологиях педагогического воздействия на ребенка с учетом его первичных и вторичных нарушений в развитии. Умений, касающихся постановки задач и организации ситуации; умений, относящихся к применению специальных приемов воздействия на ребенка и умения анализировать свои действия. Кроме того это способность понимать потребности ребёнка и создать условия для их разумного удовлетворения, сознательно планировать его образование и вхождение во взрослую жизнь в соответствии с материальным достатком семьи, способностями ребёнка и социальной ситуацией.

Компетентной считается такая деятельность, в которой на высоком уровне выполняются функциональные обязанности, используются специальные и общекультурные знания и умения, наиболее полно раскрываются способности и нравственные личностные качества, достигается высокий конечный результат. Показателем компетентности во взаимоотношениях с ребенком является интерес к нему, а также к изучению себя самого, своих действий [26].

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья всегда связано с сильными эмоциональными переживаниями родителей. Коренным образом меняются жизненные позиции родителей [50]. Узнав о рождении ребенка с каким-либо нарушением родители испытывают подчас противоречивые чувства - от недоверия и нежелания соглашаться со мнением врачей до полного отчаяния. Особенности психологического климата в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, описаны в исследованиях Р.Д. Бабенковой, М.В. Ипполитовой, Е.М. Мастюковой, В.В. Ткачевой и др.

Выделим общие признаки, характеризующие семьи, воспитывающие детей с ОВЗ:

– 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 отношения 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 нарушений в развитии ребенка от друзей и знакомых, соответственно, круг внесемейного функционирования снижается;

– «особый психологический конфликт» в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка [53].

Положение родителей в подобной ситуации В.В. Ткачева характеризует как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик, определяя, выделяет несколько стадий преодоления кризиса.

1. Когнитивная (внешне управляемая). Кризисный процесс начинается с сомнения в нормальности развития ребенка, организации его обследования и осознания медицинского диагноза.

2. Эмоционально неуправляемая стадия. Данная стадия имеет ярко выраженный характер фрустрации, агрессии, усматривания вины в действиях врачей, а также непонимание, любопытство окружающих, неожиданные, воспринимаемые как несправедливые психические и физические нагрузки по уходу за ребенком. Потеря обычного круга друзей, социальная изоляция приводят к сильным эмоциональным потрясениям, распаду семьи.

3. Действенная (самоуправляемая). Заключительная стадия обработки факта инвалидности ребенка, которая предполагает установление контактов с родителями, находящимися в подобной жизненной ситуации; на этой стадии семья принимает ограниченность возможностей ребенка, определяет стратегию действий по интеграции его в окружающий мир [46].

*Четыре фазы психологического осознания факта рождения ребенка с каким-либо нарушением* выделяют Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис .

*Первая фаза* характеризуется состоянием растерянности, порой страха. Родители испытывают чувство собственной неполноценности при рождении ребенка с ОВЗ, ответственность за судьбу больного ребенка, ощущение беспомощности.

*Суть второй фазы* – отрицание поставленного диагноза и негативизм. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувство стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Многие родители принимают диагноз, но при этом испытывают неоправданный оптимизм в отношении прогноза развития и возможностей его излечения.

По мере того как родители начинают принимать диагноз и понимать его смысл, они погружаются в глубокую депрессию. Это состояние характеризует *третью фазу*. Родители чувствуют горе, угрызения совести и даже обиду.

*Четвертая фаза* – сознательное, самостоятельное обращение родителей за помощью к специалистам. Это начало социально-психологической адаптации, когда родители уже в состоянии правильно оценить ситуацию, начать руководствоваться интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты [54].

Процесс преодоления кризисного состояния протекает своеобразно в каждой семье. Одни родители полностью справляются с новой жизненной

ситуацией, другие застревают на этапе осознания удара, остаются в социальной изоляции, нуждаясь в поддержке специалистов. Качественные изменения в жизни семей, воспитывающих детей с ОВЗ, проявляются на *трех основных уровнях*.

**Психологический уровень.** Факт появления на свет ребенка не такого как у всех является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Эмоциональный стресс матери отражается, прежде всего, на взаимоотношениях с супругом. Пониженный фон настроения, постоянное беспокойство, раздражительность матери, полное самоотречение, переключение ее внимания на больного ребенка формируют у отца не проходящее чувство дискомфорта, эмоционально болезненное состояние. Если взаимоотношения между супругами были плохими, то появление ребенка с ОВЗ усиливает и проявляет скрытый внутренний конфликт: неизбежны взаимные обвинения в рождении ребенка, часто семья распадается. Аффективная напряженность матери неблагоприятно влияет и на взаимоотношения с ребенком. Такая мать скованна, напряжена, редко улыбается, крайне непоследовательна и неровна в общении с ребенком. Ребенок в этом случае растет нервным, возбудимым, требующим к себе постоянного внимания. Он не отпускает мать ни на шаг, однако в ее присутствии не успокаивается, а возбуждается еще больше. В дальнейшем формируется своеобразная болезненная зависимость – мать-ребенок. Если же мать находит в себе силы сохранять душевное равновесие и быть активным помощником малышу, то создается наиболее благоприятная семейная атмосфера для ребенка [41].

Существуют и другие неблагоприятные для ребенка формы поведения родителей в семье. Некоторые родители подсознательно отвергают своего ребенка, что выражается в отсутствии интереса к его потребностям, недостаточном взаимодействии с ним. У некоторых матерей, как указывает В.В. Ткачева, постепенно формируется сверхценное отношение к ребенку с ОВЗ. Родители убеждены, что их миссия состоит в умении ограждать

ребенка от трудностей. Методы воспитания в таких семьях сводятся к чрезмерной опеке. Эти нарушения внутрисемейных отношений являются средствами психологической защиты от фрустрирующей ситуации, в которой оказалась семья. Часто причиной таких нарушений оказывается недостаточная педагогическая компетентность родителей. В свою очередь педагогические неудачи усиливают эмоциональную напряженность родителей, отрицательно влияют на развитие детей [45].

***Социальный уровень.*** Семья становится малообщительной. Она сужает круг своих знакомых в силу особенностей состояния своего ребенка, а также личностных установок самих родителей. Ребенок с ОВЗ всегда вносит определенную степень напряженности в отношения между супругами. В 32 % случаев такие браки распадаются [46]. Для более успешного развития ребенка важным является сохранение активных контактов семьи с друзьями, коллегами, с миром. Важно, чтобы семья не замыкалась в своем горе, не уходила в себя, не стеснялась своего ребенка.

***Соматический уровень.*** Переживания, выпавшие на долю матери ребенка с нарушениями в развитии, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах. Общеизвестно, что переживания семьи являются особенно острыми в первое время после рождения ребенка. Однако исследования, проводимые в последние годы, показали, что первые острые чувства, которые родители испытывают в форме шока, вины, горечи, никогда не исчезают, являясь постоянной частью эмоциональной жизни семьи. В определенные периоды жизни семьи они вспыхивают с новой и новой силой и дезадаптируют семью [45].

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

– родители стыдятся странностей своего ребенка, излишне оберегают его. Ребенок не чувствует себя спокойным и в безопасности. Он замкнут, недоволен собой;

– родители ошибочно считают себя виновными в состоянии ребенка, настаивают на проведении самых неразумных методов «лечения», которые только расстраивают ребенка и не приносят ему никакой пользы;

– родители не замечают проблем в развитии ребенка и доказывают себе и всему миру, что он ничуть не глупее 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;

– родители воспринимают ребенка естественно, позволяют бывать ему везде, не обращая внимания на взгляды и замечания людей. Ребенок чувствует себя уверенно, счастливо, воспринимая себя таким, как все [43].

Таким образом, семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, испытывают значительные трудности. Выше обозначенные особенности семей свидетельствуют о необходимости оказания им специальной психолого-педагогической помощи не только в вопросах воспитания, но и в вопросах восприятия, принятия особого ребенка и взаимодействия с ним [52]. Психолого-педагогическая помощь семье, имеющей ребенка с ОВЗ, включает следующие направления работы: диагностику, консультирование, психокоррекцию и профилактику. То, как семья воспринимает ситуацию, когда развитие ребенка нарушено, способна ли она запросить и получить помощь, определяет в значительной степени выбранный ею путь. Сохранить здоровую атмосферу поможет достойное принятие особенностей жизни в семье, связанных с воспитанием ребенка с ОВЗ [35].

Отклонения от оптимальной родительской позиции порождают различные отклонения в развитии личности ребенка, вплоть до болезненных. Так известно, что нарушения родительской компетентности детей с ОВЗ,

связанные с психологическим неблагополучием матери, являются одной из основных причин неврозов у детей [38]. В случае, когда у ребенка с момента рождения имеются неустраняемые полностью физические нарушения, как это наблюдается у дошкольников с детским церебральным параличом, у матери реакция на его болезнь может выражаться в виде психогенных, главным образом депрессивных, расстройств, формирования неправильных взглядов на воспитание, выливающихся, в частности, в гиперопеку. Эти особенности воспитания с раннего возраста искажают социальную позицию ребенка с церебральным параличом, являются одним из важнейших механизмов формирования личности дефицитарного типа [12].

В качестве основных условий, обеспечивающих оптимальный тип семейного воспитания дошкольников с ДЦП, выступают: искренняя любовь к ребенку, последовательность в поведении, единство требований со стороны окружающих взрослых, адекватность воспитательных мер, наказаний, невключение в конфликтные отношения взрослых. Все перечисленные требования направлены на то, чтобы обеспечить ребенку теплоту и надежность атмосферы, что является залогом его внутреннего спокойствия и стабильности психики [14].

Неблагоприятными чертами личности матери, воспитывающей ребенка с ДЦП, являются:

– сензитивность – повышенная эмоциональная чувствительность, склонность все близко принимать к сердцу, легко расстраиваться и волноваться;

– аффективность – эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения, главным образом в сторону его снижения;

– тревожность – склонность к беспокойству;

– недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний, или противоречивость личности, в целом обусловленная трудно совместимым сочетанием трех предшествующих и трех последующих характеристик;

– доминантность или стремление играть значимую, ведущую роль в отношениях с окружающими;

– эгоцентричность – фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости суждений;

– гиперсоциальность – повышенная принципиальность, утрированное чувство долга, трудность компромиссов [21].

В отечественной и зарубежной науке предпринимаются попытки классифицировать типы воспитания, приводящие к болезненным и асоциальным реакциям. Нарушения процесса воспитания в семье оценивают по следующим параметрам.

1. Уровень протекции – чрезмерная и недостаточная.

2. Степень удовлетворенности потребностей ребенка – потворствование и игнорирование потребностей ребенка.

3. Количество и качество требований к ребенку – чрезмерность и недостаточность требований – обязанностей ребенка.

4. Неустойчивость стиля воспитания – резкая смена стиля [49].

Устойчивые сочетания выделенных параметров представляют собой различные типы негармоничного (неправильного) воспитания. Э.Г. Эйдемиллером выделены следующие отклонения в стилях воспитания: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение, жестокое обращение, гипопротекция [54].

Наиболее распространенными типами неправильного воспитания в семьях, имеющих детей с церебральным параличом, являются гиперопека и гипопека.

*Гиперопека*, или *гиперпротекция*, – многократно исследованный тип воспитания, чаще всего встречающийся среди матерей. Характеризуется чрезмерной опекой родителей. Ребенка с церебральным параличом жалеют, балуют, оберегают от трудностей, стремятся все выполнить за него. Это

делает дошкольника с ДЦП беспомощным и приводит к еще большему отставанию в развитии.

Основные проявления гиперпротекции:

- чрезмерная забота о ребенке с церебральным параличом;
- неспособность матери отпускать дошкольника с ДЦП от себя, в том числе и избыточный физический контакт, например, длительное кормление грудью;
- так называемая инфантилизация, то есть стремление видеть в относительно большом ребенке маленького.

Гиперопека проявляется в двух полярных формах: мягкой, потворствующей, и жесткой, доминирующей.

Первая форма часто приводит к формированию демонстративных черт личности, вторая – к развитию психастенического типа личности, то есть человека, постоянно сомневающегося, неуверенного в себе [54].

В результате длительной гиперопеки ребенок с церебральным параличом теряет способность к мобилизации своей энергии в трудных ситуациях, он ждет помощи от взрослых и, прежде всего, от родителей. Формируется «приспособившийся ребенок», который функционирует за счет снижения своих способностей чувствовать, проявлять любознательность, и в худшем случае – за счет проживания не своей жизни. Такой ребенок, столь удобный родителям и другим взрослым, проявит отсутствие важнейшего новообразования дошкольного возраста – инициативности [4].

Второй тип – *гипоопека*, или *гипопротекция*, – неправильная родительская позиция, проявляющаяся в недостатке внимания и заботы к ребенку с церебральным параличом. Родители не уделяют должного внимания ребенку, предоставляют его самому себе. Это приводит к еще большему отставанию в развитии, появлению неадекватных реакций у ребенка. Дети с церебральным параличом в таких семьях чаще всего неожиданные, нежеланные. На эту ситуацию дети реагируют по-разному. Одни замыкаются, отчуждаются от эмоционально «холодных» родителей,

пытаются найти близкого человека среди других взрослых. Другие погружаются в мир фантазий, придумывая себе друзей, семью, пытаются разрешить свои проблемы хотя бы в сказочной форме. Некоторые дети с церебральным параличом пытаются всячески понравиться своим родителям, ведут себя льстиво и угодливо, а при неудаче начинают обращать на себя внимание другими доступными способами – истериками, грубостью, агрессией [10].

Есть семьи, где детей церебральным параличом вроде бы и любят, и внимательны к ним, но воспитывают очень строго, ориентируясь не на свои чувства, а только на общепринятые нормы. При этом не учитывают индивидуальных особенностей ребенка с церебральным параличом, его темпа развития, способностей, формируют необходимые для «взрослой» жизни качества и часто не обращают внимания на его детскую жизнь, его переживания и чувства. Фактически ребенок с ДЦП лишается полноценного детства [11].

Еще один тип неблагоприятного семейного климата – беспорядочные, нескоординированные, но достаточно сильные позиции по отношению к ребенку с церебральным параличом у разных членов семьи. Это могут быть властная строгая мать, формально относящийся к своему ребенку отец и мягкая, добрая, чрезмерно опекающая бабушка или, наоборот, суровый отец и мягкая, но беспомощная мать [6]. Все это может привести к воспитательной конфронтации внутри семьи. Разногласия членов семьи по вопросам воспитания, несомненно, отразятся на внутреннем состоянии ребенка с церебральным параличом. Когда каждый член семьи отстаивает свою позицию, руководствуется только своими методами и средствами воспитания, а порой настраивает ребенка против других членов семьи, ребенок просто теряется. Он не знает, кого слушать, с кого брать пример, как правильно поступать в той или иной ситуации, так как все значимые окружающие его взрослые по-разному оценивают его слова, поступки,

действия. Ребенок с церебральным параличом не может понять, кто действительно желает ему добра, кто его искренне любит и ценит [54].

Следовательно, тип воспитания влияет на формирование определенных черт характера. Так, воспитание, характеризующееся теплыми отношениями при сильном ограничении свободы поведения формирует у ребенка с церебральным параличом такие черты личности, как зависимость, подчиняемость. Сочетание жесткого контроля с малой степенью принятия ребенком с церебральным параличом формирует застенчивость, слабое принятие роли взрослого. Неприятие и предоставляемая свобода ведут к формированию асоциальных типов поведения. Теплые отношения в сочетании с достаточной свободой обуславливают активность, социальную адекватность, дружелюбие, облегчают принятие роли взрослого. Мы видим, что существует тесная связь между неадекватными формами взаимодействия в семье и развитием психологических и эмоциональных расстройств у ребенка с церебральным параличом. Задача специалистов, работающих с семьями, имеющими детей с церебральным параличом, состоит в раскрытии последствий негармоничного воспитания на личность ребенка и оказании помощи родителям по его оптимизации [13].

Успех сознательной воспитательной деятельности взрослых зависит от многих обстоятельств. Она становится эффективной в том случае, если осуществляется не в отрыве от реальной жизни родителей, а находит свое подтверждение в ней [47]. Влияние на семейное воспитание оказывает духовная культура родителей, их опыт социального общения, семейные традиции. Особая роль принадлежит психолого-педагогической культуре родителей, которая дает возможность сузить тот элемент стихийности, свойственный семейному воспитанию в большей мере, чем любой иной его форме [2].

Психолого-педагогическое изучение специфики формирования родительской компетентности по отношению к дошкольнику с детским церебральным параличом, имеет большое практическое значение. Знание

закономерностей формирования родительской компетентности важно для оказания психолого-педагогической помощи родителям при решении ими проблем обучения, воспитания ребенка, управлении собственным эмоциональным состоянием, при выработке рационального отношения к своей профессиональной и семейной жизни. Профилактические меры по отношению к формирующейся личности ребенка с церебральным параличом осуществляются посредством влияния на родителей с учетом уровня сформированности их компетентности [26].

Таким образом, проанализировав литературные источники, мы выявили, что родительская компетентность - это комплекс, включающий педагогическую и эмоциональную компетенции, позволяющий использовать совокупность сведений о специфике воспитания и обучения, взаимодействии с ребенком, с ограниченными возможностями здоровья, особенностях психического и личностного развития ребенка в норме и патологии, его возрастных особенностях, о способах, технологиях педагогического воздействия на ребенка с учетом его первичных и вторичных нарушений в развитии.

В семьях, воспитывающих дошкольников с детским церебральным параличом, наблюдаются следующие особенности формирования родительской компетентности: недостаточный уровень психолого-педагогических знаний об особенностях психофизического развития ребенка с церебральным параличом; нарушения в детско-родительских отношениях (напряженный эмоциональный фон в семье, повышенная тревожность родителей).

### **3. Клуб для родителей, воспитывающих дошкольников с детским церебральным параличом, как инновационная форма повышения их компетентности.**

Практика последних лет показывает, что увеличивается число семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья в домашних условиях [34]. С усилением этой тенденции острее встаёт вопрос о создании эффективной квалификационной помощи данной категории семей, т.к. в связи с недостаточным количеством специальных (коррекционных) учреждений именно семья является основополагающим фактором успешного воспитания детей с ОВЗ.

Концепция семейного воспитания ребёнка с ОВЗ выделяет основную идею работы с семьёй – достижение гармоничной жизни семьи, максимальное развитие потенциальных возможностей ребёнка и каждого члена семьи и успешной их интеграции в общество. Поэтому родителям необходима своевременная помощь в воспитании этой категории детей, в т.ч. социально-психологическая, по преодолению их отчуждённости в обществе и развитию взаимопомощи среди них [4].

Для семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, важными является коррекционно-развивающая функция, целью которой является восстановление психофизического и социального статуса ребёнка. Однако функции семьи могут быть нарушены в результате влияния весьма широкого круга факторов, в т.ч. особенности личностей её членов и взаимоотношений между ними, определены условия жизни личностей её членов и взаимоотношений между ними, определённые условия жизни семьи, нарушение структуры семьи [2].

Функции и структура семьи могут изменяться в зависимости от этапов её жизнедеятельности. Рассмотрим основные периоды жизненного цикла семьи, имеющей ребёнка с ДЦП:

- рождение ребёнка: получение информации о наличии патологии, эмоциональное принятие и привыкание к данной проблеме, сообщение другим членам семьи и близким людям;
- дошкольный возраст ребёнка: взаимодействие со специалистами, принятие решения о воспитании ребёнка;
- школьный возраст взаимодействие со специалистами, принятие решения о форме школьного обучения, организация учёбы, решение проблем взрослых и сверстников по поводу общения с ребёнком;
- подростковый возраст ребёнка: взаимодействие со специалистами, привыкание к хронической природе заболевания ребёнка, решение проблемы изоляции ребёнка [23].

Таким образом, семья в жизни каждого человека играет очень важную роль. Особенно важно осознание семьи для ребёнка, личность которого ещё только формируется [48]. Для него семья – это самые близкие люди, принимающие его таким, какой он есть, независимо от социального статуса, состояния здоровья и индивидуальных особенностей. Это, то место, где можно решить возникшие проблемы, найти помощь, понимание и сочувствие. Но та, же семья может стать причиной формирования негативных качеств в ребёнке, препятствовать его адаптации в меняющихся жизненных условиях [25].

Именно в семье ребёнок усваивает те или иные навыки поведения, представление о себе и других, о мире в целом. Поэтому правильное, адекватное отношение семьи к болезни ребёнка, к его проблемам и трудностям – это важные факторы [20].

Проживание ребёнка с церебральным параличом в семье создаёт в ней совершенно особую обстановку. Это зависит, прежде всего, от самих родителей, от их установок. От отношения к ребёнку близких к нему людей зависят, какие чувства будут у него формироваться (чувства любви или агрессивные реакции) [28].

В настоящее время известны работы Е.М. Мастюковой, В.В. Ткачевой, в которых рассмотрен психологический климат семей, воспитывающих детей с ДЦП, разработаны коррекционные меры, предназначенные для реализации конкретной помощи семьям.

«Успешная коррекционная работа с ребенком невозможна без определенного специального образования родителей. Вся работа учреждения должна быть направлена на то, чтобы родители из пассивных наблюдателей стали активными участниками воспитания и обучения своих детей» - считает В.В. Ткачева [46] .

На том, что всю психотерапевтическую работу с матерью необходимо проводить одновременно с обучением её конкретным приемам коррекционной работы настаивает Е.М. Мастюкова [28] .

Также рассматривает работу с семьями, воспитывающих детей с церебральным параличом В.В. Ткачева [46]. Она разработала методику психолого-педагогической помощи родителям, в которой выделяется два направления работы: педагогическое (воздействие средствами педагогики); психологическое (коррекция родительских установок, которая представлена индивидуальной и групповой формами). Она высказывает мнение, что «достижение психокоррекционного эффекта осуществляется вследствие личного участия матери больного ребенка в его образовательно-воспитательном процессе» [46].

В научной литературе представлены труды Т.Ю. Моисеевой, В.В. Ткачевой, И.Ю. Левченко и других, отражающие специфику работы с родителями, воспитывающими «проблемных» детей раннего и дошкольного возраста.

Так, Т.Ю. Моисеева рассматривает формы организации коррекционно-педагогической работы учителя-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с ДЦП [32]. Она предлагает следующие формы организации: консультативно-рекомендательную; лекционно-просветительскую; организацию «круглых столов», родительских

конференций; индивидуальные занятия с родителями и их ребенком; подгрупповые занятия [32].

Индивидуальные формы воздействия, в частности, индивидуальное консультирование самыми продуктивными формами работы с семьями считает В.В. Ткачева. Среди форм индивидуального воздействия предлагаются следующие:

- совместное обсуждение с родителями хода и результатов коррекционной работы;
- анализ причин незначительного продвижения в развитии отдельных сторон психической деятельности и совместная выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии ребенка;
- индивидуальные практикумы по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми, носящие коррекционную направленность [46].

Групповые формы работы представлены семинарами-практикумами, которые способствуют овладению более широким кругом знаний по проблеме, а также необходимыми практическими навыками. Мать ребенка с ДЦП обучается с помощью специалиста определенному набору специальных методических приемов, необходимых для проведения занятий с ребенком в домашних условиях [45].

Семья - это родной дом, где ребенок живет, играет, учится познавать мир и людей. Будущее ребенка с церебральным параличом во многом зависит от умелого, чуткого подхода к нему, а в этом роль близких неопределима [42]. Ребенка с церебральным параличом воспитывает все, что его окружает. Общественные отношения и взаимоотношения, воздействия и взаимодействия, в которые вступают между собой взрослые и дети, всегда являются воспитательными [23]. Если у ребенка с церебральным параличом не удовлетворяются его потребности в ласке, любви, эмоциональном контакте и он переживает состояние внутреннего беспокойства, то все это задерживает развитие личности ребенка [33].

Без особых затруднений у ребенка с ДЦП формируются многие качества личности в семье, где царит доброжелательность, любовь и уважение, все члены семьи помогают друг другу. Тогда легче усваивается опыт нравственного поведения и первичного социального общения. Следовательно, воспитание ребенка с ДЦП должно начинаться с воспитания, самовоспитания и самообразования родителей. Они должны знать, не только как ухаживать за ребенком с ДЦП, но и каким образом развивать психику ребенка и формировать его как личность [32].

Воспитание ребенка с церебральным параличом требует наличия специальных знаний, перестройки при необходимости межличностных отношений в семье, отказа от порочных стилей взаимодействия и использования тактики воспитательной работы с учетом нарушения, типа семьи, условий жизни [31]. Но надо осознать, что готовых рецептов воспитания на все случаи жизни не может быть. Родители должны сами познать закономерности развития ребенка с церебральным параличом и соотносить с ними свои действия. Эффективность коррекционной работы с детьми с церебральным параличом в целом зависит от согласованных и взаимосвязанных действий родителей и всех участников коррекционно-интегративного педагогического процесса [11].

От уровня педагогической компетентности родителей во многом зависит успешность социальной интеграции в общество ребенка с ДЦП [1].

Роль родителей в социализации дошкольников с ДЦП особо велика. Процесс семейного воспитания более естествен, чем в образовательном учреждении. Ребенку менее заметны преднамеренные воспитательные воздействия, и он активнее проявляет свою индивидуальность. При этом нельзя забывать, что в семейном воспитании допускается немало ошибок. Роль семьи в коррекционно-педагогической работе с дошкольниками с ДЦП, состоит в систематической и целенаправленной помощи ребенку, осуществляемой в единстве со всеми участниками системы коррекционного процесса [13]. Задача родителей - помочь ребенку в сложных условиях

болезни раскрыть весь заложенный в него природой потенциал развития, сформировать компенсаторные возможности, подготовить к школе, сделать ребенка максимально приспособленным к пребыванию в детском коллективе и в перспективе к максимальной интеграции в обществе и полезной трудовой и профессиональной деятельности [14].

Уже с рождения ребенка с ДЦП у родителей почти всегда возникает вопрос, где он должен воспитываться. Появление новых форм организации коррекционно-педагогического процесса предоставляет широкие возможности внедрения новых педагогических технологий воспитания и обучения детей раннего и дошкольного возраста в семье [44].

Наибольшая доля участия родителей в воспитании детей приходится на период раннего детства, когда ведущей деятельностью является эмоциональное общение с ребенком. На этом этапе активно развиваются психомоторные функции, складываются предпосылки к овладению речью, формируется подражательная способность. Задача родителей - стимулировать все развивающиеся функции, но нельзя делать это хаотично. Мероприятия, способствующие коррекции развития, необходимо выполнять в определенной системе. Программа такого взаимодействия разрабатывается совместно с педагогом, психологом, врачом. Она может включать в себя выполнение упражнений различных видов, режимные моменты, игры с детьми дома и на прогулках. По рекомендациям специалистов родители приобретают соответствующие развивающие игры и игрушки, картинный материал [40].

Поскольку успех коррекции обеспечивается регулярностью занятий, важно, чтобы с ребенком занимались не только опытные педагоги 2-4 раза в месяц, но и сами родители в домашних условиях изо дня в день [51].

В ходе индивидуального занятия педагог может подобрать эффективные методы и приемы коррекционно-педагогической работы. С целью получения родителями своевременной педагогической информации о

методах воспитания и развития малыша все занятия проводятся в их присутствии [1].

В дошкольный период на долю родителей приходится выполнение с детьми заданий, которые специально разрабатывают педагоги и психологи. Родители помогают и в закреплении полученных в ходе обучения знаний [3].

Суть помощи со стороны специалиста заключается в коррекции методики воспитания. Она требует совершенствования условий семейного воспитания в различных типах семей, корректировки содержания, форм и методов воспитания с учетом возрастных особенностей детей с церебральным параличом, прогнозирования развития семьи, повышения ее психолого-педагогической культуры как средства перехода семьи из объекта воспитания в субъект саморазвития и саморегуляции [13].

Трудности в работе специалиста связаны с тем, что семьи различны по интеллектуальному уровню, нравственному облику, педагогической подготовленности. Родители нередко полагаются на свой индивидуальный, не всегда оправданный, опыт, не задумываются над последствиями своих воздействий на ребенка с церебральным параличом, недооценивают силу воспитательных знаний и умений, часто сами нуждаются в помощи [15].

Условно все семьи (с точки зрения уклада жизни, результативности воспитательной деятельности родителей) разделяются на три группы [45].

Первую группу составляют семьи с высоким уровнем воспитательных возможностей - педагогически развитые семьи. Здесь уклад семейной жизни в основном позитивный, стабильный и уровень психолого-педагогической культуры достаточно высок. Собственные педагогические цели и задачи осознаны, имеются представления о способах их реализации, родители знают, чего они хотят и как этого добиться, прекрасно понимают, что результаты напрямую зависят от собственных затрат и усилий. Родители делают то, что следует делать в конкретной ситуации что бы помочь ребёнку с церебральным параличом добиться успехов [8].

Во вторую группу входят семьи со средним уровнем воспитательных возможностей. Уклад семьи часто противоречивый, уровень психолого-педагогической культуры отцов и матерей в основном средний. Нравственная и трудовая атмосфера семьи являются позитивными, но отношения между взрослыми и детьми зачастую возникают конфликты по разным поводам. Родители обладают определенными знаниями в области педагогики, но они отрывочны, недостаточно осмысленны. Они не всегда умеют применять свои знания на практике, их воспитательные умения нуждаются в дальнейшем развитии.

К третьей группе относятся педагогически слабые семьи, с низким уровнем воспитательных возможностей, где уклад семейной жизни неустойчивый, неблагоприятный, уровень психолого-педагогической культуры низкий. Эта группа родителей очень не однородна. В семейном укладе чаще всего встречаются такие негативные явления, как пьянство, разлады, жестокость, грубость, насилие. Отношения между членами семьи неурегулированные, имеют место нарушения правил поведения в быту, гипертрофия материальных потребностей и вытеснение ими духовных, индивидуалистическая направленность членов семьи, высокий уровень конфликтности. Для родителей характерно безответственное отношение к своим детям, деспотичный стиль отношений, порой равнодушие. Цели и задачи воспитания детей с церебральным параличом не стабильны, часто меняются. Представления о способах их реализации нет. Присутствуют неадекватные ожидания отдачи на собственные затраты и усилия. Желание получить больше, чем вложил. Наблюдается носильное погружение ребёнка церебральным параличом в деятельность без учёта его желаний. Присутствует надежда на третье лицо, которое решит все проблемы [45].

Родители, вошедшие в первую группу, как правило, являются союзниками и помощниками педагога. Две другие группы представляют в той или иной мере проблемные семьи [46].

Родители, имеющие пассивную и отстраненную позиции в отношении воспитания ребенка с церебральным параличом и максимально ориентированные на медицинскую помощь, нуждаются в разъяснении, в т.ч. и со стороны лечащего врача, о необходимости оказания психолого-педагогической помощи ребенку с церебральным параличом в процессе медицинской реабилитации. Форма и характер преподнесения информации о необходимости использования педагогических технологий для коррекции отклонений в развитии ребенка с церебральным параличом влияет на позицию матери в отношении воспитания ребенка. Позиция изменяется в зависимости от психологического состояния, уровня информированности об использовании педагогических методов в комплексной реабилитации дошкольника с ДЦП [16].

Матери имеют исходно низкий уровень педагогической компетентности в вопросах о воспитании ребенка с церебральным параличом первого года жизни, разное отношение к специфическим образовательным потребностям ребенка и по-разному включаются в коррекционно-педагогический процесс [46].

Родители должны заняться своим образованием и самообразованием, овладеть основными технологиями по воспитанию. Оказать квалифицированную помощь в выборе литературы и в составлении программы самообразования родителей могут профессионально подготовленные люди: психолог, специалист по социальной реабилитации, врач, социальный работник, педагог. Одна из особенностей деятельности специалиста, работающего с семьей, воспитывающей ребенка церебральным параличом, - влияние на уклад семейной жизни, способствующее становлению психолого-педагогической культуры родителей, создание условий в семье для саморазвития иными словами - воспитание родителей

В понятие «воспитание родителей» входит:

- усвоение знаний и навыков по уходу за детьми с церебральным параличом и их воспитанию;

- приобретение знаний о развитии ребенка с церебральным параличом и необходимых навыков;

- деятельность, опирающаяся на убеждения, что определенные знания помогут людям стать хорошими родителями и что эти знания можно усвоить;

- ориентация на поставленные задачи [19].

Практический опыт работы убеждает в том, что часто родители основную роль в преодолении двигательных нарушений отводят медикаментозному лечению. Но даже самое лучшее медикаментозное лечение является эффективным лишь при правильном семейном воспитании и проведении родителями целевой системы специальных упражнений [30]. При дефиците в воспитании и образовании, дети с церебральным параличом бывают менее приспособленными к жизни, беспомощными даже в обычных жизненных ситуациях. Поэтому, какими бы тяжелыми ни были нарушения в развитии ребенка с церебральным параличом, надо решать вопрос в пользу совмещения лечения с образованием. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии является коррекционным, т. е. оно направлено на организацию лечебно-педагогического процесса [20].

Для семьи ребенка с церебральным параличом, очень важными являются такие функции, как коррекционно-развивающая, компенсирующая и реабилитационная, целью которых является, в конечном итоге, достижение ребенком в будущем материальной независимости и социальной адаптации. Поэтому родителям необходимы знания в области психологии, педагогики, социальной педагогики, ряда дисциплин медицинского блока [24].

Только при желании и целеустремленности родители могут овладеть нелегкой наукой воспитания ребенка с церебральным параличом и создать условия для его эффективного психического и личностного развития. Различные трудности подстерегают родителей на разных возрастных этапах развития ребенка [46].

Шок, вызванный известием о появлении в семье ребенка с ДЦП, серьезно травмирует психику родителей и влияет на установившиеся между

ними отношения. В гармоничных семьях супруги, как правило, находят пути взаимно поддержать, успокоить друг друга, пережить свое горе вместе. Но в большинстве своем отношения между супругами после появления ребенка с ДЦП охлаждаются [27]. Одним из важнейших условий преодоления негативных переживаний у родителей, имеющих ребенка с церебральным параличом, - включение их в активную деятельность, связанную с воспитанием ребенка. При этом значимым является обучение родителей разнообразным формам взаимодействия с ребенком с церебральным параличом, наблюдению и оценке его реакций и поведения. Если родители активно начинают заниматься с ребенком, у них значительно больше появляется шансов на то, что социализация ребенка пройдет успешно. Поэтому важно подвести родителей к пониманию значимости семьи в воспитании ребенка с церебральным параличом, так как коррекция личностных качеств дошкольника с ДЦП невозможна без изменений его взаимоотношений со взрослыми в семье [28].

Семьи, имеющие детей с церебральным параличом, имеют сходные проблемы и затруднения. Нередко им недостает физических и моральных сил. Все они нуждаются в психологической поддержке, потребности поделиться с другими людьми своими сомнениями и трудностями. Характер общения родителей во многом определяется их индивидуальными особенностями [22]. Члены гармоничных семей, в большинстве своем, не замыкаются рамками отношений только между собой, а имеют друзей, у них есть свои интересы, любимые занятия. Эти связи с внешним миром являются устойчивым источником психологической поддержки при возникновении тех или иных семейных проблем. Родители всегда могут поделиться с друзьями по поводу тревожных переживаний и трудностей, возникших в семье, особенно если они уже сталкивались с аналогичными ситуациями. У детей с церебральным параличом, как и у взрослых, также появляются друзья вне семьи. К сожалению, у многих родителей, отягощенных теми или иными проблемами, существует тенденция сужения круга знакомств. Они часто

замыкаются в себе, не хотят встречаться со своими приятелями, у них может возникнуть подозрительность, недоверие к другим людям. По этой причине они затрудняются «уйти» от своих проблем, постоянно испытывают внутреннее психическое напряжение, проявляющееся нередко в возникновении чувства безысходности. Для таких родителей очень полезной является работа в родительских группах и общение с другими, более оптимистично настроенными родителями [32].

Несмотря на многие трудности, возникающие в семье в связи с появлением ребенка с церебральным параличом, их можно преодолеть или смягчить, если родители овладеют навыками управления своими чувствами и мышлением, научатся использовать свои воспитательные возможности и опыт воспитания таких детей, накопленный в других семьях. Хотя в понятие «воспитание родителей» и не входят психотерапия для родителей и семейная терапия, но не все семьи могут справиться с навалившимися на них проблемами самостоятельно. Им необходима своевременная психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь [46].

Длительный эмоциональный стресс, который испытывают родители ребенка с церебральным параличом, формирует определенные особенности их личности, такие как повышенная чувствительность и тревожность, неуверенность в себе, внутренняя противоречивость. Такое эмоциональное состояние неблагоприятно отражается на эмоционально-личностном развитии ребенка. Поэтому врачу, психологу и учителю-дефектологу надо лечить и учить не только ребенка с церебральным параличом, но и всех членов семьи, особенно у матери необходимо создать положительное отношение к семейной психотерапии.

При проведении этой работы специалисты обязательно учитывают особенности характера членов семьи, выраженность и особенности стрессового состояния у каждого из них. Целесообразно изучить психологический климат в семье (тест семейной тревоги), родительские

стили и воспитательскую компетентность родителей, ценностные ориентации, уровень притязаний, самооценку.

Задачей психотерапевтической работы является нормализация взаимоотношений внутри семьи, выработка единого и адекватного понимания проблем ребенка с церебральным параличом [45].

Одним из приоритетных направлений организации психолого-педагогической помощи родителям, воспитывающих дошкольников с ДЦП является родительский клуб. Работа клуба включает обследование психологического состояния родителей и оказание им консультативной и, при необходимости, психотерапевтической помощи, обучение приемам воспитания и реабилитации детей с церебральным параличом в домашних условиях, оказание помощи в деятельности общественных объединений родителей детей-инвалидов. Использование новых реабилитационных технологий при активном участии в реабилитационном процессе родителей позволяет добиваться решения поставленных задач [36].

При психолого-педагогическом консультировании родителей выделяют конкретные задачи:

- выявить возрастные и индивидуальные особенности в развитии ребенка с церебральным параличом;
- определить причину первичных и вторичных отклонений в развитии;
- выявить позицию родителей по отношению к ребенку с церебральным параличом (принятие-отвержение) и способы взаимодействия родителей со своим ребенком (адекватные-неадекватные);
- организовать педагогическую помощь родителям; психологическую поддержку в разрешении личных проблем, накладывающих отрицательный отпечаток на характер семейного воспитания;
- повысить уровень их компетентности в области психолого-педагогических знаний о закономерности развития ребенка с церебральным параличом;

- определить вид образовательного дошкольного учреждения: разработать индивидуальную программу воспитания и обучения ребенка с церебральным параличом;

- обосновать педагогический прогноз [17].

При составлении программы работы с родителями учитываются три основные составляющие:

- 1) информационная поддержка;
- 2) обучение;
- 3) психологическая помощь [37].

Дифференциация семей по группам в зависимости от семейного уклада (благоприятный, противоречивый, неблагоприятный) и уровня психолого-педагогической культуры родителей (высокий, средний, низкий) позволяет дать основы психолого-педагогических знаний родителям и осуществлять индивидуальный подход, используя соответствующие методы воздействия на родителей [40].

Следовательно, важными ступенями работы с родителями, воспитывающими детей с церебральным параличом, можно отнести следующие:

1. Формирование понимания родителями проблем ее ребенка.
2. Исправление некоторых форм поведения родителей, таких как агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка, негативные желания, стремление уйти от трудностей, примитивизация поведения, связанная со сниженной самооценкой.
3. Постепенное исключение проблем преувеличения проблем ребенка церебральным параличом, представления о бесперспективности развития дошкольника с ДЦП.
4. Повышение личностной самооценки родителей в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка с церебральным параличом.

5. Осуществление личностного роста родителей в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания; переход родителей из позиции переживания за особенности развития ребенка с церебральным параличом в позицию творческого поиска реализации его возможностей.

6. Повышение уровня психолого-педагогической культуры родителей [41].

Таким образом, ознакомившись с направлениями работы по повышению компетентности родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП, мы считаем, что наиболее оптимальным средством является организация клуба, так как, вышеуказанная форма позволяет повысить уровень психолого-педагогической культуры родителей, способствует нормализации детско-родительских отношений (формированию понимания родителями проблем ее ребенка, исправлению нежелательных форм поведения родителей по отношению к нему, повышению личностной самооценки родителей в связи с возможностью увидеть результаты своего труда в успехах ребенка с церебральным параличом.

#### **4. Психолого-педагогическая работа по повышению компетентности родителей, воспитывающих дошкольников с детским церебральным параличом, путем организации деятельности родительского клуба**

Основная цель работы состояла во внедрении программы по повышению родительской компетентности посредством организации клуба для родителей «Я и мой ребенок». При этом решались следующие конкретные задачи:

1. Обогащать психолого-педагогическими знаниями о психофизическом развитии ребенка с ДЦП.
2. Пропагандировать положительный опыт семейного воспитания.

3. Формировать уверенность родителей в себе, своих силах, возможностях.

4. Содействовать развитию навыков продуктивного взаимодействия для создания эмоционально благоприятной атмосферы в семье с целью успешного воспитания и развития ребенка с церебральным параличом.

Непосредственная работа с родителями заключалась в следующем:

1. Проведение разъяснительной работы с родителями, воспитывающими детей с ДЦП, по созданию оптимальных условий для успешной коррекции имеющихся нарушений у вышеуказанных дошкольников.

Целью работы на данном этапе было привлечение самих родителей к активному взаимодействию и повышение заинтересованности родителей к посещению клубных заседаний.

Для решения поставленного вопроса были проведены следующие мероприятия:

- индивидуальное консультирование родителей по проблеме исправления нарушений, имеющихся у дошкольников с ДЦП;
- беседа с родителями о целях организации деятельности клуба, его возможностях и преимуществах.

Целью проведения данного вида работ было донесение до родителей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, существующих проблем в развитии их детей и привлечение родителей к посещению клубных заседаний.

2. Апробирование программы «Я и мой ребенок» с целью повышения компетентности родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП (Приложение 4).

Работа с родителями проходила в нескольких направлениях. Целью первого направления было установление положительного взаимодействия с родителями, которое было достигнуто на основе личностно-

ориентированного, индивидуального подхода с учетом конкретных запросов семьи и проблем развития и воспитания ребенка.

Целью второго направления было внедрение механизма работы Клуба для родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП.

С самого начала знакомства было необходимо определить готовность родителей сотрудничать со специалистами, объем коррекционной работы, который они способны освоить. Родителей было необходимо подготовить к сотрудничеству. Они нуждались в поддержке и одобрении, так как результаты нашей работы будут видны не сразу и родителям могло показаться, что их усилия будут потрачены впустую.

Прежде всего, мы учили родителей внимательно наблюдать за развитием своего ребенка, вести дневник наблюдений, а также овладевать некоторыми приемами по уходу, воспитанию и развитию ребенка с церебральным параличом. Всю работу с родителями необходимо было проводить одновременно с обучением их конкретным приемам коррекционной работы. На начальных этапах работы преобладало обучение членов семьи отдельным приемам коррекционной работы, например, как развивать мелкую моторику рук ребенка с церебральным параличом, как учить его самостоятельному приему пищи, как развивать дошкольника с ДЦП во время прогулки, как проводить с ним те или иные коррекционные занятия. Этот аспект работы с родителями стал ведущим и предложенные конкретные коррекционные методы, обогатили знания о сохранных функциях и потенциальных возможностях ребенка.

Клуб действовал в режиме систематического функционирования, т. е. заседания проводились не реже одного раза в неделю.

В рамках Клуба проводились семинары, деловые игры, диспуты, дискуссии, встречи «Гость клуба», «Круглый стол». Для гармонизации детско-родительских отношений организовывались практические занятия совместно с детьми. Популярностью среди родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП пользовалась такая форма работы, как презентация

семейного опыта. В рамках Клуба прошло заседание: «Семь «Я»», посвященное семейным традициям.

Важно отметить, что все мероприятия строились с учетом уровня образования и культуры родителей. Каждое заседание заканчивалось подведением итогов. Всем участникам заседания предлагалось ответить на вопросы: какое открытие они для себя сделали в ходе занятия? Родителей просили продолжить фразу: «Я узнала о своем ребенке, что...» и т.д.

Исходя из цели нашей программы, мы использовали те формы и методы работы при организации занятий клуба, которые наиболее действенны при повышении компетентности родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП (круглый стол, лекции, беседы, практикумы, видеоматериалы по организации жизни детей в ДОУ и семье и т.д.).

Применение на практике вышеуказанных разнообразных средств позволило включить в процесс взаимодействия «педагог-родитель-ребенок» всех родителей, которые активно проявляли себя на всех этапах совместной работы.

Исходя из проведенной вышеуказанной работы по нашей программе, мы можем сделать следующие выводы: у родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП, повысился уровень сформированности знаний, умений и навыков об особенностях развития детей данной категории; понизилась общая семейная тревожность, в семьях, где воспитываются дети с ДЦП.

Таким образом, применение программы «Я и мой ребенок» позволило значительно повысить уровень компетентности родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП.

### Список использованной литературы

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевого период). М.: Просвещение, 1989.
2. Бабенкова Р.Д., Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М.: Просвещение, 1994.
3. Бадалян, Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. Киев: НЗ, 1988.
4. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. М.: Просвещение, 1988.
5. Большой психологический словарь / отв. ред. Б. Мещарилов, В. Зинченко. М.: Прайм-еврознак, 2002.
6. Вернер Д. Что такое детский церебральный паралич. М., 2003.
7. Веселков А.Ф. К вопросу о надежности результатов оценочных процедур и эффективности их использования // Журнал прикладной психологии. 2001. №3.
8. Власова Т.А. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Просвещение, 1985.
9. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М.: Просвещение, 1997.
10. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 томах. М.: Просвещение, 1983.Т.5.
11. Гончарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. М.: Педагогика, 1974.
12. Демидова И.Ф. Педагогическая психология. М.: Феникс, 2009.
13. Екжанова Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. М.: Просвещение, 2005.

14. Закрепина А.В. Организация индивидуальной педагогической работы с родителями в условиях групп кратковременного пребывания // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. № 1.
15. Иваницкая И.Н. Детский церебральный паралич. М.: ВЛАДОС, 1993.
16. Ипполитова М.В. Коррекционно-воспитательная работа с детьми дошкольного возраста, страдающими церебральными параличами. М.: Педагогика, 1967.
17. Ипполитова М.В. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом. М., 1989.
18. Ипполитова М.В., Чернобровкина Е.Д. Педагогам и воспитателям о детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1994.
19. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. СПб.: Дидактика Плюс, 2001.
20. Кириченко Е.И. Роль биологических и социальных факторов в механизмах патологического формирования личности при детских церебральных параличах // Журнал невропатологии и психиатрии. 1983. № 9.
21. Ковалев С.В. Психология современной семьи. М., 2001.
22. Кузнецова Л.В. Основы специальной психологии. М.: ВЛАДОС, 2003.
23. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 2008.
24. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
25. Лодкина Т.В. Социальная педагогика. Защита семьи и детства. М.: АCADEMIA, 2007.
26. Лукьянова М.И. Развитие компетентности учителя в личностно ориентированной педагогической деятельности учебное пособие. Ульяновск: УИПКПРО, 2008.
27. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб.: Дидактика Плюс, 2003.

28. Мастюкова Е.М., Московкина А. Г. Воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: ВЛАДОС, 2004.
29. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М.: ВЛАДОС, 1997.
30. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. М., 1991.
31. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М., 1985.
32. Моисеева Т.Ю., Приходько О.Г. Дети с двигательными нарушениями. М.: ВЛАДОС, 2004.
33. Назарова Н.М. Специальная педагогика. М.: АРТИ, 2004.
34. Ненси Р., Финни Г. Ребенок с церебральным параличом. М.: АРКТИ, 2005.
35. Овчарова Р.В. Психология родительства: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2005.
36. Павлова Н.Н. Повышение педагогической компетентности родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с органическим поражением ЦНС развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. № 3.
37. Половинкина О.Б. Педагогическая поддержка семьи в процессе комплексной реабилитации ребенка с органическим поражением центральной нервной системы в условиях стационара // Дефектология. 2005. №1.
38. Приходько О.Г. Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: ВЛАДОС, 2000.
39. Рапацевич Е.С. Большая современная энциклопедия. М., 2005.
40. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии/ Данилова Л.А. [и др.]. СПб.: Педагогическое общество России, 1995.

41. Селиверстов В.И. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Спец. дошк. педагогика и психология». М.: ВЛАДОС, 2009.
42. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. М.: Просвещение, 1968.
43. Спок Б. Ребенок и уход за ним. Минск: Попурри, 2003.
44. Стребелева Е.А., Закрепина А.В. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 2005. №1.
45. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. СПб.: Гном-Прес, 2000.
46. Ткачева В. В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология. 2005. №1.
47. Цукер М.Б. Неврапатология детского возраста. М.: Просвещение, 1972.
48. Шамарин Т.Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. Элиста, 1999.
49. Шаповал И.А. Специальная психология: Учебное пособие. М.: ВЛАДОС, 2005.
50. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.
51. Шипицына Л.М. Компенсационная реабилитация детей с детским церебральным параличом. Методические рекомендации. СПб.: Дидактика Плюс, 1998.
52. Шипицына Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М.: ВЛАДОС, 2004.
53. Шматко Н.Д. Дети с отклонениями в развитии. М.: АРКТИ, 2001.

54. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.

55. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. М.: Фолиум, 1996.

# **ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Приложение 1.** Анкета, адаптированная для родителей, воспитывающих дошкольников с детским церебральным параличом.

**Приложение 2.** Опросник «Анализ семейной тревоги» Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис.

**Приложение 3.** Тест-опросник родительского отношения к детям по Р.В. Овчаровой.

**Приложение 4.** Программа деятельности родительского Клуба «Я и мой ребенок».

**Анкета, адаптированная для родителей,  
воспитывающих дошкольников  
с детским церебральным параличом [45]**

1. Знаете ли Вы определение ДЦП?
2. Знаете ли вы особенности развития моторики у дошкольников с детским церебральным параличом (ДЦП)?
3. Известны ли Вам учреждения города, где оказывают психолого-педагогическую помощь дошкольникам с ДЦП?
4. Требуется ли специальные приемы, упражнения для работы по развитию моторной сферы у ребенка с ДЦП?
5. Знаете ли Вы методы развития познавательных процессов у детей с церебральным параличом?
6. Требуется ли специальные приемы, упражнения для работы по развитию эмоциональной сферы у ребенка с ДЦП?
7. Хотели бы вы получить дополнительные знания об особенностях развития психофизической сферы у дошкольников с ДЦП?
8. Знаете ли Вы виды нарушений двигательного аппарата при ДЦП?
9. Известны ли Вам формы церебрального паралича?
10. Знаете ли Вы значение понятия «комплексный характер коррекционно-педагогической» работы с детьми?

**Опросник «Анализ семейной тревоги»****Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис [54]**

Под «семейной тревогой», авторы методики, понимают состояния тревоги у одного или нескольких членов семьи.

Характерным признаком данного типа тревоги является наличие сомнений, страхов, опасений, касающихся, прежде всего, семьи – здоровья ее членов, конфликтов и т.д.

**Цель:** методика предназначена для изучения общего фона переживаний индивида, связанного с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье.

**Инструкция к тесту:**

Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о Вашем самочувствии дома, в семье. Читайте по очереди утверждения опросника и выберите ответ, соответствующий вашему отношению к данному утверждению.

Старайтесь, чтобы ответов «Трудно сказать» было не больше трех. Помните, Вы характеризуете свое самочувствие в семье.

В опроснике нет «правильных» и «неправильных» утверждений. Отвечайте так, как чувствуете.

**Варианты ответов:**

- Да, это так.
- Нет, это не так.
- Трудно сказать.

**Опросник:**

1. Знаю, что члены моей семьи часто бывают недовольны мной.
2. Чувствую, что как бы я ни поступил, все равно будет не так.
3. Я многое не успеваю сделать.

4. Так получается, что именно я оказываюсь виноват во всем, что случается в моей семье.

5. Часто в семье я чувствую себя беспомощным.

6. Дома мне часто приходится нервничать.

7. Когда я попадаю домой, я чувствую себя неуклюжим и неловким.

8. Некоторые члены семьи считают меня бестолковым.

9. Когда я дома, я все время из-за чего-нибудь переживаю.

10. Часто я чувствую на себе критические взгляды своей семьи.

11. Иду домой и с тревогой думаю, что еще что-то случилось в мое отсутствие.

12. Дома у меня постоянное ощущение, что еще что-то нужно сделать.

13. Нередко я чувствую себя лишним.

14. Дома у меня такое положение, что просто руки опускаются.

15. Мне кажется, что если бы я исчез, то никто бы этого не заметил.

16. Дома мне постоянно приходится сдерживаться.

17. Идешь домой и думаешь, что будешь делать одно, но, как правило, приходится делать совсем другое.

18. Как подумаю о своих семейных делах, начинаю волноваться.

19. Некоторым членам семьи бывает неудобно из-за меня перед друзьями и знакомыми.

20. Часто бывает, что хочу сделать хорошо, но получается плохо.

21. Мне многое у нас в семье не нравится, но я стараюсь этого не показывать.

### **Ключ к тесту:**

#### **Субшкала вина (семейная вина члена семьи)**

Ответы «Да»: 1,4,7, 10, 13,16, 19.

#### **Субшкала тревожность (семейная тревожность члена семьи)**

Ответы «Да»: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 .

#### **Субшкала напряженность (семейная напряженность)**

Ответы «Да»: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 .

За каждое совпадение ответов с ключом начисляется один балл.

### **Интерпретация результатов теста:**

**Шкалы:** вина, тревожность, напряжённость, уровень общей семейной тревожности.

**Вина** (семейная вина члена семьи) – неадекватное ощущение индивидом ответственности за все отрицательное, что происходит в семье.

**Тревожность** (семейная тревожность члена семьи) – ощущение, что ситуация в семье не зависит от собственных усилий обследуемого.

**Напряженность** (семейная напряженность) – ощущение, что выполнение семейных обязанностей представляет собой непосильную задачу для индивида.

Так же, методика позволяет определить **Уровень общей семейной тревожности** = вина + тревожность + напряженность:

1-4 балла – низкий уровень

5-9 баллов – уровень ниже среднего

10-14баллов – средний уровень

15-19 баллов – уровень выше среднего

20 баллов – высокий уровень

**Тест-опросник родительского отношения к детям  
по Р.В. Овчаровой [35]**

**Цель:** тест-опросник родительского отношения к детям представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление отношения лиц, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, к вопросам воспитания детей и общения с ними.

**Инструкция:** ответьте «да» или «нет» на предложенные вопросы.

**Опросник:**

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок.
3. Я уважаю своего ребенка.
4. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклонено от нормы.
5. Нужно побольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
6. Я испытываю к ребенку чувство расположения.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто неприятен мне.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу.
11. Я испытываю досаду к своему ребенку.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что дети потешаются над вашим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.

16. Мой ребенок себя ведет плохо специально, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка.
18. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.
19. Ребенка следует держать в твердых рамках, тогда из него вырастит порядочный человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в гости.
21. Я принимаю участие в своем ребенке.
22. К моему ребенку «липнет» все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успеха в жизни.
24. Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.
29. Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне нравится и кажется необходимым.
31. Родители должны приспосабливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка.
33. При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав.
36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.

37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю к ребенку дружеские чувства.
39. Основная причина капризов моего ребенка-эгоизм, упрямство и лень.
40. Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком.
41. Самое главное - чтобы было у ребенка спокойное и беззаботное детство, все остальное приложится.
42. Иногда, мне кажется, что мой ребенок не способен не на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения своего ребенка.
44. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
45. Я понимаю огорчения своего ребенка.
46. Мой ребенок часто раздражает меня.
47. Воспитание ребенка - сплошная нервотрепка.
48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети потом благодарят.
51. Иногда мне кажется, что ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Я разделяю интересы своего ребенка.
54. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
55. Мой ребенок вырастит не приспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.
57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
58. Нередко я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я не высокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.

61. Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

### **Ключ к опроснику:**

За каждый ответ «да» по вышеуказанным вопросам присваивается 1 балл.

1. Кооперация: 6,9,21,25,31,33,34,35,36,49,56.

2. Симбиоз: 1,5,7,28,32,41,58.

3. Авторитарная гиперсоциализация: 2,19,30,48,50,57,59.

4. Маленький неудачник: 9,11,13,17,22,28,54,61.

5. Отвержение

3,4,8,10,12,14,15,16,18,20,23,24,26,27,29,37,38,39,40,42,43,44,45,46,47,49,51,52,53,55,56,60.

### **Интерпретация результатов теста:**

1. *Кооперация* - социально желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения в спорных вопросах (20 баллов).

2. *Симбиоз* - шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком. Содержательно эта тенденция описывается так: родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок кажется ему маленьким и беззащитным. Тревога родителей

повышается, когда ребенок начинает автоматизироваться волей обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда (19-15 баллов).

3. *Авторитарная гиперсоциализация* - отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по шкале в родительском отношении отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка и требует социального успеха. При этом родитель хорошо знает ребенка, его индивидуальные способности, привычки, мысли, чувства) (14-10 баллов).

4. *«Маленький неудачник»* - отражает особенности воспитания и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребенка, приписывать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия (9-5 баллов).

5. *Отвержение* - шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть. Родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени с ребенком. На другом полюсе шкалы: родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачным ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных

наклонностей. По большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его (4-1 балл).

**Программа деятельности родительского Клуба  
«Я и мой ребенок»**

**Цель создания и функционирования родительского Клуба:**  
повышение психолого-педагогической компетентности родителей, воспитывающих дошкольников с ДЦП (законных представителей).

**Задачи:**

1. Формировать уверенность родителей в себе, своих силах, возможностях.
2. Обогащать психолого-педагогические знания о психофизическом развитии ребенка с ДЦП.
3. Пропагандировать положительный опыт семейного воспитания.
4. Содействовать созданию эмоционально благоприятной атмосферы в семье для успешного воспитания и развития ребенка с церебральным параличом; развитие навыков продуктивного взаимодействия.

Основные **принципы** работы клуба: добровольность, компетентность, индивидуальный подход, открытость, постоянство обратной связи, соблюдение этических норм, диалогизация взаимодействия.

**Участники** клуба: родители (законные представители), воспитывающие дошкольников с ДЦП.

**Структура заседаний Клуба:**

1. *Теоретическая часть* – проводится в форме диалога, родители в доступной форме получают информацию по теме заседания, задают вопросы, формулируют проблемы, активно участвуют в обсуждении.
2. *Практическая часть* – предполагает реализацию приёмов, подходов, методов, способствующих разрешению обозначенных проблем.

3. *Коммуникативная, интерактивная часть* – подразумевает обязательное взаимодействие всех участников в различных специально созданных ситуациях.

4. *Обратная связь* – тот этап, на котором все участники Клуба могут проанализировать полученную информацию и впечатления, поделиться своими мыслями и ощущениями. На этапе «обратной связи» родители могут получить небольшое «домашнее задание» по теме заседания, буклеты, распечатки с рекомендациями, заданиями и тому подобные практические материалы, чтобы использовать их в процессе воспитания ребёнка.

**Главные принципы при подготовке** материалов к каждому этапу заседания это:

- позитивный настрой;
- отсутствие назидательности и нравоучений;
- «авансирование» тех положительных качеств и свойств, которые мы хотели бы сформировать.

## КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

	1 НЕДЕЛЯ	2 НЕДЕЛЯ	3 НЕДЕЛЯ	4 НЕДЕЛЯ
<b>ОКТЯБРЬ</b>	Диагностика		Занятие № 1 (индивидуальное консультирование)	Занятие № 2 (индивидуальное консультирование)
<b>НОЯБРЬ</b>	Занятие № 3 (индивидуальное консультирование)	Занятие № 4	Занятие № 5	Занятие № 6
<b>ДЕКАБРЬ</b>	Занятие № 7	Занятие № 8	Занятие № 9	Новогодний праздник
<b>ЯНВАРЬ</b>	Новогодние каникулы		Занятие № 10	Занятие № 11
<b>ФЕВРАЛЬ</b>	Занятие № 12	Занятие № 13	Занятие № 14	Праздник
<b>МАРТ</b>	Занятие № 15	Праздник	Занятие № 16	Занятие № 17
<b>АПРЕЛЬ</b>	Диагностика			
<b>ИТОГО</b>	<b>20 занятий</b>			

## Занятие №1-3 (индивидуальное консультирование)

### Занятие №4

**Тема:** «Знакомство с участниками клуба»

**Цель:** создание благоприятной обстановки в группе родителей; знакомство с работой клуба «Я и мой ребенок».

1. Мы хотели бы познакомить вас с работой клуба для родителей, воспитывающих дошкольников с церебральным параличом. Наш клуб поможет вам справиться с возникшими трудностями воспитания, обучения и развития вашего ребенка. Мы ответим на любые ваши вопросы, научим вас методам и приемам коррекционной работы с вашим ребенком, повысим уровень Ваших знаний и умений. (Диалог с родителями).

#### **Игра «Паутина»**

**Цель:** эта игра поможет участникам познакомиться друг с другом и в ходе весёлого и приятного общения занять своё место в группе. Поэтому её хорошо использовать в начале совместной работы. Наряду с этим «Паутина» - прекрасный опыт для прочувствования сплочённости группы.

**Материалы:** клубок ниток

**Инструкция:** Сядьте, пожалуйста, в один большой круг. У каждого из вас сейчас есть возможность сообщить нам своё имя и что-нибудь рассказать о себе. Может быть, кто-нибудь из вас захочет рассказать о своей любимой игрушке, о том, что у него лучше всего получается, или о том, чем он любит заниматься в своё свободное время. У вас есть минута, чтобы подумать, что вы хотите рассказать нам о себе... (Возьмите клубок в руки и начните игру сами.)

Меня зовут Татьяна Валерьевна, и я очень люблю читать... (зажмите свободный конец нити крепко в руке и киньте клубок участнику, сидящему напротив или рядом.) Таким образом, клубок передаётся дальше и дальше, пока все участники не окажутся частью одной постепенно разрастающейся паутины. После этого паутину нужно распустить – для этого каждый

участник должен возвращать клубок предыдущему, называя его по имени и, может быть, пересказывая его рассказ о себе.

*Анализ упражнения:*

- Все ли высказались в ходе игры?
- Как вы чувствуете себя сейчас?
- Чувствуете ли вы себя теперь иначе, не так, как в начале игры?
- Трудно ли было вам запоминать имена?

**Подведение итогов.**

### **Занятие №5**

**Тема: «Знакомство с понятием, структурой и причинами возникновения детского церебрального паралича».**

**Цель:** познакомить родителей с причинами появления ДЦП, показать важность и значимость этой проблемы, ознакомить с особенностями работы клуба, его целями и задачами.

**Примерный текст вступления:**

Здравствуйте! Сегодня мы поговорим о том, что такое ДЦП и его особенностях. Что же такое ДЦП? Детский церебральный паралич - собирательный термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде. Характерными особенностями церебрального паралича являются нарушения двигательной активности, особенно подвергается поражению мышечная сфера - происходит нарушение координации движений. В зависимости от степени и расположения участков поражения мозга, могут иметь место одна или несколько форм мышечной патологии - напряженность мышц или спастика; произвольные движения; нарушение походки и степени мобильности. Так же могут встречаться следующие патологические явления - аномальность ощущения и восприятия; снижение зрения, слуха и ухудшение речи; эпилепсия; задержка

психического развития. Другие проблемы: трудности при приеме пищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника, проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежни и трудности с обучением.

### **Подведение итогов.**

## **Занятие №6**

**Тема: «Особенности развития двигательной сферы у детей с церебральным параличом в первые два года жизни».**

**Цель:** повысить уровень знаний родителей об особенностях развития двигательной сферы у детей с церебральным параличом в первые два года жизни.

**Форма:** лекция.

Исследования ученых показывают, что у детей с церебральным параличом задержка в развитии начинается с первых двух лет жизни. Отмечаются двигательные, речевые и сенсорные нарушения. Эти отклонения в основном обусловлены, в первую очередь, основным нарушением развития, также недостаточностью практического опыта детей с ДЦП и ограниченностью их коммуникативных связей.

Для данной категории детей в первые 5 месяцев характерно сильное отставание в развитии их двигательных функций. Особенностью нарушений моторики при ДЦП является не только несформированность произвольных движений, но и сохранение врожденных примитивных двигательных автоматизмов: позотонических рефлексов - тонического лабиринтного, шейного тонического и асимметрического шейного тонического рефлексов.

При нормальном развитии эти рефлексy проявляются у детей первых двух месяцев жизни. Обратное развитие этих рефлексов при ДЦП задержано, что значительно затрудняет развитие произвольных двигательных функций.

Только незначительная часть детей может к 5-ти месяцам удерживать голову. У них отмечается патологическое состояние кистей рук, характеризующееся приведением первого пальца к ладони и плотным сжатием кулаков. В некоторых случаях кисть бывает паретичной, свисающей. У подавляющего большинства детей отсутствует зрительно-моторная координация: дети не тянутся к игрушке, не захватывают её, т.к. зрение активно не направляет движение руки к оптическому объекту. Некоторые дети могут удерживать вложенную в руку игрушку, но не стараются её рассмотреть, ощупать, дотянуть до рта. Положение тела ребенка в ряде случаев бывает вынужденным с запрокинутой головой, что ограничивает поле зрения ребенка и является одной из причин задержки его психического развития с первых месяцев жизни. Общий мышечный тонус патологически изменен, в большинстве случаев с тенденцией к его повышению. Уже в этом возрасте задержка двигательного развития сочетается с отставанием в развитии голосовой активности и ориентировочной деятельности ребенка.

К 12-ти месяцам лишь незначительное число удерживает голову, в основном, дети не могут самостоятельно сидеть. У большинства детей отмечаются: патологическое состояние кистей рук, недостаточность или отсутствие зрительно-моторной координации и манипулятивной деятельности. Только некоторые дети могут стоять у опоры, а у многих отмечается вынужденное положение тела, невозможность поворотов с боку на бок, патологическая опора при попытке поставить их на ноги.

К двум годам дети еще плохо удерживают голову, не умеют её свободно поворачивать. Они не в состоянии менять положение своего тела, самостоятельно сидеть, захватывать и удерживать игрушки. Лишь очень немногим детям доступны предметная деятельность с помощью взрослого. Во всех случаях отмечается тремор рук и промахи. Ребенок не тянется к игрушке, удаленной от него на 25-30 см, а берет только находящуюся непосредственно перед глазами. Движения скованны и однообразны. Из-за

неловкости движений ребенка игрушки часто падают на пол, при этом, некоторые дети не прослеживают взором упавшую игрушку. Спонтанное развитие детей задерживается в темпе и патологически искажается по содержанию.

### **Подведение итогов.**

## **Занятие № 7**

**Тема: «Коррекционно-развивающая работа учителя-дефектолога с детьми, страдающими ДЦП, по формированию мелкой моторики рук».**

**Цель:** познакомить родителей с особенностями коррекционно-развивающей работы по формированию мелкой моторики рук.

**Форма:** лекция.

Целью коррекционно-развивающей работы является последовательное развитие и коррекция движений руки, формирование мелкой моторики руки, что обеспечивает своевременное развитие речи, личности ребенка, адаптацию в социуме.

### Основные принципы построения коррекционно-развивающей работы:

1. Раннее начало коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими ДЦП, т.е. с первых недель и месяцев жизни, т.к. двигательные нарушения приводят к вторичной задержке развития других функций.

2. Коррекционно-развивающая работа строится на основе тщательного изучения нарушенных и сохранных функций. Дифференцированный подход во время занятий предусматривает учет возможностей ребенка и построение системы упражнений, находящихся в зоне его ближайшего развития.

3. Использование кинестетических стимуляций в развитии и коррекции движения рук.

4. Творческое использование таких основных дидактических принципов, как индивидуальный подход, систематичность и последовательность в преподнесении материала, активность и наглядность.

Эти принципы обучения связаны друг с другом и взаимообусловлены, но должны использоваться с учетом специфических особенностей детей, страдающих ДЦП.

5. Организация занятий в рамках ведущей деятельности.

6. Комплексное медико-педагогическое воздействие, предусматривающее проведение как педагогических, так и медицинских мероприятий, направленных на восстановление и развитие нарушенных функций. Медицинское воздействие предполагает медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж и др.

7. Коррекционно-развивающая работа должна проводиться ежедневно.

8. Главное требование к педагогам - соблюдение охранительного режима. При проведении занятий важное значение имеет поза ребенка. Он должен находиться в той позе, которая в наибольшей степени способствует мышечному расслаблению, уменьшению насильственных движений. При выборе правильной позы следует прежде всего обращать внимание на положение головы: она не должна быть повернута в сторону, опущена на грудь или поднята вверх и опрокинута назад. Если ребенок не вполне способен контролировать положение головы, применяют специальное приспособление, прикрепленные к спинке стула. Кроме того следует тщательно подобрать стул по высоте и ширине таким образом, чтобы стопы полностью опирались на опору, а также ширину сидения. Если у ребенка слабы мышцы спины и формируется сутулость, то ему под спину подкладывают плотную подушечку, а спереди придвигают стол, в котором имеется специальная выемка для опоры на руки. Во всех случаях нужно следить за тем, чтобы поза была симметричной.

Большое значение при педагогической коррекции имеет взаимосвязь дефектолога и родителей ребенка-инвалида. Ошибки семейного воспитания могут ещё более усугубить отклонения психофизического развития. К недостаткам воспитания в семье можно отнести: гипо- и гиперопеку,

отрицательный психоэмоциональный фон, реактивные состояния негативного характера. Поэтому родители, наряду с ежедневным совместным с ребенком посещением занятий дефектолога, по окончании курса реабилитации получают рекомендации по формированию навыков самообслуживания, развитию мелкой моторики рук, соблюдению охранительного щадящего режима, в домашних условиях развитию устной и письменной речи, особенностям внутрисемейных взаимодействий, включающих толерантное отношение к нетипичному ребенку, домин

### **Подведение итогов.**

## **Занятие № 8**

**Тема: «Методы и приемы развития мелкой моторики рук в дошкольном возрасте».**

**Цель:** обучить родителей методам и приемам развития мелкой моторики рук детей с церебральным параличом.

**Форма:** практическое занятие.

В дошкольном возрасте необходимо продолжать работу по развитию мелкой моторики и координации движений рук. При определении системы работы по коррекции двигательных нарушений следует учитывать, что личностная незрелость ребенка, страдающего ЦП, проявляется в слабости волевых установок, эмоциональной лабильности. Стойкие неудачи при попытках воспроизвести нужное движение или действие может привести к отказу от занятий. Поэтому любое задание надо предлагать в игровой форме, которая вызовет у него интерес, но и за счет положительной эмоциональной стимуляции будет способствовать повышению психического тонуса, а следовательно, и улучшению работоспособности.

Каждое занятие по развитию мелкой моторики рук рекомендую начинать с элементов самомассажа кисти и пальцев рук. При необходимости - оказание помощи.

Массаж является одним из видов пассивной гимнастики. Под его влиянием в рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые, достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие ЦНС, в результате чего повышается её регулирующая роль в отношении работы всех систем и органов.

Начинается и заканчивается самомассаж с расслабления кистей рук, поглаживания:

1. самомассаж тыльной стороны кистей рук.
2. самомассаж ладоней.
3. самомассаж пальцев рук.

На одном занятии выполняется не более 5-6 упражнений. Весь комплекс упражнений по развитию мелкой моторики рук условно можно разделить на 3 составляющие:

1. Пальчиковая гимнастика. Этот вид упражнений широко распространенный в логопедической практике. Пальчиковые игры - важная часть работы по развитию мелкой моторики рук. Они увлекательны и способствуют развитию речи, творческой деятельности. Пальчиковые игры - это инсценировка каких-либо рифмованных историй, сказок, стихов при помощи пальцев. Дети очень любят играть в теневые игры. В ходе пальчиковых игр дети, повторяя движения взрослых, активизируют моторику рук. Тем самым вырабатывается ловкость, умение управлять своими движениями, концентрировать внимание на одном виде деятельности.

Поначалу обучаем детей несложным статическим позам кистей и пальцев рук, постепенно усложняя их, затем добавляем упражнения с последовательно производимыми мелкими движениями пальцев и, наконец, с одновременно производимыми движениями. На первых занятиях все упражнения выполняются в медленном темпе. Педагог следит за правильностью позы кисти руки и точностью переключений с одного движения на другое. При необходимости помочь ребенку принять нужную

позу, позволить поддержать и направить свободной рукой положение другой руки.

Упражнения могут проводиться на разных уровнях сложности: по подражанию, по речевой инструкции. Сначала словесная инструкция сопровождается показом, т.е. дети работают по подражанию. Затем степень их самостоятельности увеличивается - показ устраняется и остается только словесная инструкция.

Хорошо зарекомендовали себя упражнения для пальцев и кистей рук с использованием различных предметов:

1. сбориание пирамидок, матрешек, мозаики;
2. нанизывание колец на тесьму;
3. работа с пособиями по застёгиванию молний, пуговиц, кнопок, крючков, замков разной величины;
4. сортировка монет;
5. перебор крупы;
6. работа со спичками;
7. работа с бумагой;
8. лепка (глины, пластилин, тесто);
9. шнуровка на специальных рамках, ботинок;
10. завязывание узлов на толстой веревке, на шнурке, нитке;
11. игры с песком, водой;
12. наматывание тонкой проволоки в цветной обмотке на катушку, на собственный палец (получается колечко или спираль);
13. закручивание шурупов, гаек;
14. игры с конструктором, кубиками;
15. рисование в воздухе;
16. рисование различными материалами (карандашом, ручкой, мелом, красками, углем и т.д.);
17. рукоделие.

Важное место в работе учителя-дефектолога по развитию моторики детей занимает ритмическая организация движений, оказывающая положительное влияние на совершенствование слухо-зрительно-двигательной организации движений. Достигается это в упражнениях, суть которых состоит в том, что ребенок должен воспроизвести движениями определенный ритмический рисунок в виде единой плавной кинестетической мелодии. Такими движениями могут быть хлопки, постукивание по столу и т.д.

### **Подведение итогов.**

## **Занятие №9**

**Тема:** «Как развивать дошкольника с ДЦП во время прогулки».

**Цель:** познакомить родителей с ролью прогулки в жизни ребенка с церебральным параличом.

**Форма:** лекция.

Прогулка - очень важное мероприятие, и она требует предварительной подготовки. Для начала можно познакомить ребенка с местностью, уточнить расположение различных сооружений на детской площадке, понаблюдать со стороны, как играют другие дети. Не стоит сразу включать кроху в коллективную игру. Некоторое время он может просто побыть рядом с играющими, чтобы привыкнуть к незнакомым людям, адаптироваться к новой ситуации. Затем малыш может предложить свою помощь детям, которые младше его. Например, если у соседской девочки никак не получается куличик из песка, а он уже давно научился делать замечательные куличики. К сожалению, попытка познакомиться с детьми во дворе далеко не всегда заканчивается успешно. При неудаче малыш замыкается в себе, теряет уверенность и отказывается от каких-либо действий вообще. Подобное положение можно исправить, «проиграв» травмирующие ситуации в спокойной обстановке. Например, с помощью домашнего кукольного театра. Инсценировка позволяет поэкспериментировать с различными реакциями в

ответ на травмирующие моменты и выбрать наиболее рациональный тип поведения. Но если такие попытки вызывают протест со стороны малыша, не нужно настаивать. Лучше отложить игру на некоторое время и вернуться к ней, когда ребенок сам будет готов к этому.

### **Подведение итогов.**

## **Занятие №10**

**Тема: «Роль ЛФК в жизни ребенка с церебральным параличом»**

**Цель:** познакомить родителей с целью ЛФК и ее особенностями при ДЦП.

**Форма:** «Гость дня» инструктор ЛФК.

Лечение ДЦП – многоэтапный и длительный процесс, так как нужно стереть все, что выработано в неправильном стереотипе движений и сформировать правильное. Если патологическое не разрушить, то новое так построить невозможно. А на это все нужно время. Это дело довольно трудоемкое, но не безнадежное.

**Лечение ДЦП можно разделить на 3 этапа:**

1. Предварительный – подготовка организма к увеличению физических нагрузок, к очистке от токсинов. Данный этап длится примерно от 2 до 4 недель.

2. Подготовительный – самый сложный и продолжительный этап лечения. Все проводится только биомеханическим способом. Этап будет завершен, когда пациент сможет самостоятельно стоять на ногах, приседать, наклоняться. Этап может быть довольно длительным, все зависит от тяжести заболевания и возраста пациента.

3. Основной – происходит обучение ходьбе уже при нормальном стереотипе. По окончании этапа пациент должен уже самостоятельно передвигаться.

Главный помощник в лечении – понимание родителей ребенка. От этого зависит весь исход проделанной работы.

## **Действие ЛФК при ДЦП**

Существует мнение, что лечебной гимнастикой нужно заниматься с ребенком с трехлетнего возраста. Но это неверно. Основные двигательные навыки формируются с момента рождения - до того, как ребенок сделает первые шаги. Дальше они просто совершенствуются. Детский церебральный паралич – заболевание, приводящее к тяжелой инвалидности.

ЛФК и лечебный массаж занимают главное место в лечении детей с ДЦП. Во время роста организма ребенка и увеличения веса происходит отставание в физическом развитии из-за гиподинамии, растягивания связочного аппарата, специфического тонуса. Вот поэтому и нужно при работе с детьми учитывать возраст, форму и степень тяжести ДЦП, соблюдая систематичность.

Занятия физическими упражнениями при ДЦП оказывают оздоровительное и общеукрепляющее влияние на детский организм; улучшают обменные процессы и кровообращение; предупреждают появление спаек между окружающими тканями; укрепляют ослабленные мышцы, восстанавливают двигательную координацию, борются с искривлением позвоночника и так далее.

Не существует определенного способа лечения, который способен восстановить поврежденный мозг. Но, если работать по испытанной программе, то неповрежденная нервная система будет выполнять все свои функции. Программы по ЛФК занимают главное место в лечении детей с ДЦП.

## **Выполнение упражнений**

**Обязательными и общими признаками для всех методик ЛФК являются:**

1. Систематичность, регулярность и непрерывность применения лечебной физкультуры;
2. Строго индивидуальные упражнения в соответствии с тяжестью заболевания, возрастом ребенка, его развитием;

3. Постепенное увеличение физических нагрузок.

#### **Содержание упражнений для детей с ДЦП:**

1. Растягивание мышц: профилактика тератогенеза, снятие мышечного напряжения, расширенный диапазон движения;
2. Упражнения для выработки силы, развития чувствительности мышц;
3. Тренировка чувствительности нервов для улучшения состояния нервной ткани;
4. Упражнения для укрепления антагонистических и ведущих групп мышц;
5. Поддержание функциональной эффективности органов – упражнения на выносливость;
6. Расслабление, чтобы устранить судороги, напряженность и спазмы;
7. Обучение нормальной ходьбе;
8. Упражнения для стимулирования органов чувств;
9. Упражнения на подъем для улучшения двигательной силы и равновесия;
10. Тренировка на сопротивление, чтобы развить мышечную силу.

Больные с ДЦП для развития мышечной силы должны выполнять упражнения с увеличивающейся интенсивностью. Если не подвергаться таким тренировкам, то можно не реализовать потенциальные двигательные возможности. Специально-разработанная лечебная физкультура для больных с церебральным параличом должна обеспечить возможность развития физической силы больных.

ДЦП – неизлечимая болезнь, но ее можно облегчить, если применить ЛФК, которая занимает важное место в адаптации больного к условиям окружающей среды.

#### **Подведение итогов.**

### **Занятие № 11**

**Тема:** «Заседание «Семь «Я»».

**Цель:** установление эмоционального контакта между участниками группы.

**Форма:** практическое занятие.

Родителям предлагалось рассказать о своих семейных традициях, обычаях и т.д.

В конце занятия родители рассказывали о наиболее ярких и интересных по их мнению традициях.

### **Занятие № 12**

**Тема:** «Приемы и методы развития любознательности у детей с ДЦП».

**Цель:** научить родителей развивать любознательность детей.

**Форма:** игра.

**Игра «Догадайся!»**

Наша любознательность расцветает, когда мы чувствуем, что жажда знаний приносит свои плоды, то есть в тех случаях, когда мы получаем интересные и полезные ответы на свои вопросы. Некоторые дети не доверяют своей способности находить разумные ответы. Если они чего-то не знают точно, то чаще всего молчат или говорят: «Я не знаю». Они могут опасаться неточного ответа. Если мы хотим вырастить раскованных и любознательных детей, мы должны подкреплять их веру в свою способность догадываться. Догадка – это превосходный способ верного решения многих проблем. В этой игре поощряется способность детей чаще полагаться на свои предположения, догадки и интуицию. Если мы будем с уважением относиться к догадкам и предположениям детей, они начнут чаще попадать в точку.

*Материалы:* бумага и карандаш каждому участнику.

Инструкция: Можете ли вы сказать мне что-нибудь, что вы знаете абсолютно точно? Можете ли вы сказать мне что-нибудь, что вы знаете приблизительно? Можете ли вы сказать мне что-нибудь, о чём вы не знаете и можете только догадываться?

Иногда бывает лучше, если мы, не зная ответа на заданный вопрос, не отказываемся сразу на него отвечать, не говорим: «Я не знаю», а пытаемся догадаться. Поэтому я хочу поиграть с вами в угадывание. Мы начнём играть прямо здесь, в нашей классной комнате. Закройте, пожалуйста, глаза. Я буду задавать вам вопросы, ответы на которые вы должны будете угадать. Сразу, как только вам в голову придёт ответ, громко отвечайте мне:

- Сколько столов стоит в нашей классной комнате? Теперь откройте глаза и подсчитайте.

- Сколько у нас в группе мальчиков и сколько девочек? Теперь откройте глаза и снова сосчитайте.

- Сколько человек из нас пришло сегодня в джинсах?

- Сколько у нас в группе участников со светлыми волосами?

- Сколько участников группы сегодня пришли в отличном настроении?

Теперь откройте глаза, спросите друг у друга и сосчитайте.

- Можете ли вы мне сказать, в каком настроении я пришла сегодня в группу? Теперь откройте глаза и спросите меня.

*Анализ игры:*

- Почему иногда можно полагаться на свои догадки?

### **Игра «Волшебный Вилли»**

*Цели:* Здесь любознательность ребёнка пробуждается через действия. Играть в «Волшебного Вилли» можно до тех пор, пока каждый из детей по очереди не поработает с ним. В результате у детей появится положительная мотивация и готовность к восприятию нового материала.

*Инструкция:* Сядьте, пожалуйста, образуя круг. У меня есть для вас нечто необычное. Это нельзя увидеть, но можно потрогать руками. Вы можете размять это, как пластилин или глину, и сделать из этого всё, что

хотите – какую-нибудь вещь, игрушку, человечка. (Вытащите теперь «волшебного Вилли» - воображаемый комок пластичного материала – и покажите детям, как вы из него лепите.) Это «волшебный Вилли» - совершенно необыкновенный материал, который можно разминать и лепить из него, как из пластилина, глины или воска. Я сейчас из него что-нибудь сделаю, а вам надо будет догадаться, что получилось. Кто догадается, должен мне об этом сказать...

Начните лепить какой-нибудь простой предмет, имеющий очевидную форму, чтобы дети быстро могли понять, что надо делать. Вы можете слепить тарелку, стакан или футбольный мяч. Затем передайте «волшебного Вилли» сидящему рядом с вами ребёнку. Всякий раз, когда воображаемый предмет угадывается, «волшебный Вилли» переходит следующему участнику.

**Подведение итогов.**

### Занятие №13

**Тема:** «Метод стимулотерапии для лечения ДЦП».

**Цель:** познакомить родителей с методом стимулотерапии для лечения ДЦП.

**Форма:** просмотр видео фильма.

([http://gutalin.com/view\\_video.php?v=b\\_e7BXcVV9s](http://gutalin.com/view_video.php?v=b_e7BXcVV9s))

Обсуждение «Круглый стол».

### Занятие №14

**Тема:** «Логоритмика для детей с ДЦП».

**Цель:** познакомить с некоторыми упражнениями логоритмики.

**Форма:** лекция и практикум (гость клуба учитель-логопед).

Логоритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения сочетаются с произнесением специального речевого материала. Это форма активной терапии, преодоление речевого и

сопутствующих нарушений путем развития и коррекции неречевых и речевых психических функций и в конечном итоге адаптация человека к условиям внешней и внутренней среды.

В логоритмике коррекционная работа основывается на взаимодействии движения, музыки, речи. У детей с ДЦП проблема заключается в том, что характеристика каждого из этих компонентов в определенной степени не соответствует норме.

Рассмотрим первый компонент – движение. При ДЦП нарушение двигательных функций первично и представляет собой своеобразное отклонение моторного развития, которое без соответствующей коррекции оказывает неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций. Поражение центральной нервной системы при ДЦП нарушает работу мышечных схем произвольных движений, что и определяет одну из основных трудностей становления двигательных навыков, а значит сказывается на выполнении самых элементарных упражнений. Второй компонент – музыка. С одной стороны, она формирует чувство прекрасного, поднимает эмоциональный настрой, повышает мотивацию обучения. С другой – важнейшими выразительными средствами музыки служат ритм и темп, соблюдение которых крайне затруднительно для детей с ДЦП. Различные нарушения мышечного тонуса (спастичность, ригидность, гипотония, дистония), наличие гиперкинезов, тремора, синкинезии не дают возможности выполнять движения в заданных ритме и темпе. В то же время попытки выдержать их могут быстро утомить ребенка. Третий компонент – речь.

В работах отечественных и зарубежных исследователей указывается, что при ДЦП наряду с нарушениями опорно-двигательного аппарата отмечаются разнообразные речевые нарушения (дизартрии, анартрия, заикание). Для детей с ДЦП характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся в виде как обратимых нарушений (задержка доречевого и речевого развития), так и более стойких системных расстройств

(ОНР). Поэтому задания, включающие речевой материал, должны быть индивидуальными.

Данных противоречий можно избежать, если целесообразно использовать каждый из компонентов. Выявленные нарушения определяют не только актуальность их изучения, но и необходимость изменения ряда принципиальных требований к методам логоритмической работы с такими детьми.

Цель логопедической ритмики для детей с ДЦП заключается в максимальном всестороннем развитии ребенка в соответствии с его возможностями и соответствующей адаптации к социальной среде. Для достижения этой цели необходимо решить следующие задачи:

- способствовать овладению определенными видами двигательной деятельности, укреплению костно-мышечной системы;
- исправлять речевые нарушения (речевое дыхание, оральный праксис, просодика, фонематический слух, звукопроизношение);
- расширять и обогащать словарный запас, формировать связную речь, ее грамматический строй;
- развивать психические функции (зрительное, слуховое восприятие, память, внимание);
- формировать навыки ориентирования в пространстве;
- осуществлять эстетическое и нравственное развитие, используя методические приемы обучения и организацию среды (дидактические пособия, музыкальное сопровождение и др.);
- активизировать потенциальные творческие способности, побуждая детей к инициативе, импровизации и др.;
- формировать базу социализации с помощью упражнений, имитирующих бытовые действия, обыгрывания сценок из жизни и т.д.

### **Игра «Солнышко».**

Дети становятся вокруг обруча, держатся за него. Упражнение выполняется под музыкальное сопровождение несколько раз. Детям

необходимо поднять обруч вверх, опустить вниз под стихи, которые читает логопед.

Утром солнышко встает –

Светом озаряет.

Вечером оно заходит –

Ночка наступает.

Если дети не могут самостоятельно удерживать равновесие с помощью обруча, осуществляется педагогическое сопровождение.

### **Игра «Помощники».**

Дети стоят и держатся за обруч одной рукой. Упражнение выполняется под музыкальное сопровождение. Детям необходимо передвигаться по кругу под стихи, которые читает логопед.

Мы по солнышку идем –

Ножки укрепляем,

Чтоб игрушки убирать -

Мама помогаем.

Если дети не могут самостоятельно передвигаться, им помогает взрослый (тип помощи зависит от тяжести нарушения). Упражнение усложняется увеличением количества кругов.

Слуховое восприятие

### **Упражнение «Колокольчики».**

Дети сидят на стульчиках, каждому даются две карточки: на одной изображен большой колокольчик, на другой – маленький. Упражнение выполняется под музыкальное сопровождение. На громкий звук нужно поднять карточку с большим колокольчиком, на тихий – с маленьким. Перед выполнением упражнения логопед проводит беседу о звуках, которые нас окружают в жизни. Он обращает внимание детей на то, что звуки разные по силе, и демонстрирует это на музыкальном инструменте. Моторика рук, мимика.

### **Игра «Погреем руки».**

Дети сидят на стульчиках. Упражнение выполняется без музыкального сопровождения.

Логопед. Какое сейчас время года?

Дети. Зима.

Логопед. Зимой на морозе мерзнут руки, давайте их погреем. Для этого нужно потереть ладошку одной руки о другую, сжать кулачки.

Ах ты, зимушка-зима!

Не боимся мы тебя.

Мы ладошки «замочком»

сожмем,

Их погреем и дальше пойдем.

Во время упражнения внимание обращается на то, чтобы каждая рука по возможности активно участвовала. Предварительные беседы способствуют активизации речи детей.

**Подведение итогов.**

### Занятие №15

**Тема:** «Занятия с песком, как средство развития моторики».

**Цель:** познакомить родителей особенностями работы с песком.

**Форма:** открытое занятие.

Посещение открытого занятия учителя-дефектолога с группой детей с ДЦП.

*Конспект занятия с песком.*

*Цель: развитие мелкой моторики; формирование понятие о цвете.*

*Оборудование: для занятий с песком необходимы подносы (или один большой), ведерки, совочки, фигурки зверей. Дети должны быть одеты в большие рубашки с длинными рукавами, которым суждено быть испачканными.*

*Таких занятий можно провести несколько.*

*Каждый раз будем говорить: «Позовем человечков из песчаной страны!» или что-либо подобное.*

*Песок должен быть крупный. Можно набрать в песочницах, пока не пошел снег. В строительных магазинах также можно купить – только смотреть, чтобы был именно крупный. Возможно, есть в зоомагазинах. Но песок по санитарным нормам должен быть прокаленным. Либо можно приобрести его в аптеках т.к. там есть сертификат.*

*Здравствуйте, девочки и мальчики!*

*1. Каждому пожимаем ручку, другой рукой в это время поглаживаем по плечу.*

*Все рассаживаются вокруг стола. Педагог сидит среди детей.*

*2. Покажите Ваши ручки! – Педагог поднимает свои руки, шевелит пальцами, сжимает кулаки и разжимает их, призывая детей делать то же самое. При необходимости подойти к каждому, показать, как сжимать кулачки (взяв за кисти рук).*

*3. Сегодня наши ручки будут работать. Мы и наши ручки познакомятся с песчаным человечком.*

*На стол перед детьми ставим большой поднос с сухим песком. Приглашаем детей опустить руки в песок. Педагог сам пускает в руки песок, набирает песок в ладони. Выпускает тонкую струйку песка из кулака.*

*Приглашаем детей делать то же.*

*4. Видите, какой сухой песочек!*

*А теперь польем его немного водичкой.*

*Перед каждым ребенком на песок выливаем немного воды. Перед собой тоже.*

*Перемешиваем песок рядом с собой с водой. Делаем это, приговаривая, - «А вот теперь песочек стал мокрым!». Видите, из мокрого песочка можно слепить комочки. Приглашаем детей «подрызгаться» в сыром песке. Возможно, у кого-то получатся комочки.*

5. А теперь позовем песчаного человечка. Он выйдет из этого ведерка (называем цвет ведерка). Переворачиваем ведро в центр подноса. Получаем «кулич».

*Это голова человечка.*

*Рисуем на «куличе» глазки – «Вот он открыл глазки»*

*Нос - «Вот его нос»*

*Рот - «А теперь он улыбается».*

*Показываем всем детям получившуюся «голову».*

6. Предлагаем самостоятельно сделать человечка. Даем детям ведерки (называем цвета) и совочки (тоже называем цвета). Показываем, как накладывать песок в ведерко, постоянно повторяем, что нужен влажный песок, подливаем воду. Возможно, у кого-то получится.

*Перед теми, кто не смог сделать «кулич» делаем его.*

7. Теперь предлагаем «нарисовать» пальчиком глаза, нос и рот «куличам», которые стоят перед каждым.

*Помогаем «нарисовать» тем, у кого не получилось.*

8. Вот какие у нас получились песчаные человечки! Давайте дадим им имена.

*Вместе с детьми придумываем имена человечкам.*

9. А теперь пора прощаться. Человечки пойдут в свою песчаную страну.

*До свидания.*

*Дети машут руками человечкам, поднос уносим.*

*«И мы с вами будем прощаться, пока-пока».*

*Машем рукой. Дети отвечают тем же.*

**Подведение итогов.**

## Занятие №16

### Тема: «Научи меня учиться!»

**Цель:** раскрытие особенностей такого сложного периода в жизни ребёнка, как начало школьной жизни; предоставить родителям практические рекомендации, которые помогут детям справиться с новой социальной ролью ученика и с новым видом деятельности – учебной; стимулировать родителей к позитивной и продуктивной совместной деятельности с детьми.

**Форма:** лекция и практическое занятие.

### Теоретическая часть

*Примерные тезисы для обсуждения:*

1. Адаптация в 1 классе – особый и сложный период в жизни ребёнка: он осваивает новую социальную роль ученика, новый вид деятельности – учебную; изменяется социальное окружение, появляются одноклассники, учителя, школа как большая социальная группа, в которую включается ребёнок; наконец, изменяется уклад его жизни. У 6-7 летнего ребёнка есть уже основные предпосылки учения: способы познавательной деятельности, мотивация. Становление его как ученика происходит лишь в процессе учения и всей школьной жизни. Процесс такого становления при благоприятных условиях охватывает первое полугодие первого года обучения в школе.

2. Первые 4-6 недель являются критическим периодом практически для любого ребёнка. Это почти нормативная ситуация, как с малышами в детском саду и их страхами. Ведь и у будущего школьника масса страхов, неуверенности, тревоги. Давайте попробуем понять, почему:

- чаще всего ребёнок попадает в малознакомое для него место, где он физически должен тратить свой ресурс на своеобразное «ориентирование»;

- это ориентирование и построение новой для ребёнка модели поведения необходимы не только в физическом пространстве, но и в пространстве новых формальных отношений – охранник, дежурный и др.;

- наличие большого количества незнакомых людей, с которыми надо взаимодействовать, необходимость ориентироваться в пространстве уже неформальных отношений;

- недостаточная структурированность школьных правил и прав самого ребёнка (плюс отсутствие хорошо знакомых людей, которые в этом отношении могут помочь). Такая ситуация – «нерасписанность» всех возможных проблем и разрешённых путей их решения – может стать источником истинного стресса для ребёнка, ведь ему неоткуда брать новые модели поведения, у него их просто нет в арсенале, а родители часто лишь излишне запугивают детей, считая, что чем жёстче они расскажут ребёнку о том, как надо вести себя в школе, что там нельзя делать, тем послушнее и правильнее будет его поведение;

- повышение своего внутреннего статуса, что также часто не позволяет ребёнку обратиться к родителям с простым вопросом, своеобразное неудобство перед близкими, «ведь я уже взрослый». Подобное повышение собственного статуса, традиционно называемого в педагогике «становлением позиции школьника», именно в начале школьной жизни часто является тормозящим адаптацию ребёнка фактором;

- значительно возрастающие уже к третьей декаде сентября, а тем более к началу октября образовательные, программные нагрузки, хоть формально и без домашних заданий, но фактически – с ними;

- несовпадение ожиданий, то есть того, что ребёнок в своём внутреннем плане представлял как ШКОЛУ, и того, на что он на самом деле «напоролся»;

- нарастание педагогических и родительских претензий к ребёнку, вполне объяснимых, поскольку всё вышеперечисленное приводит к тому, что ребёнок оказывается в ситуации настоящего стресса, усугубляющего его эмоциональное и физическое неблагополучие.

3. У любого ребёнка существует естественная, биологическая тяга к восприятию новой информации, иными словами – к обучению. И

пресловутое детское любопытство – тоже основано на этом стремлении познавать новое. Вообще любознательность ребёнка – один из лучших и эффективных «инструментов» его обучения. Поэтому отмахиваться от детских вопросов – значит подавлять «пытливость его ума», а значит, и тягу к знаниям, и желание учиться. И в результате дети, на чьи вопросы в своё время не отвечали родители, начинают потихоньку отставать в учёбе. Особенно если их любознательность (особенно та, которая вроде бы к школьным знаниям не относится) так и продолжают подавлять. Собственно, основной принцип успешной учёбы был сформулирован ещё в старой песенке: «Учиться надо весело, чтоб хорошо учиться!» И если в школе это делают не всегда – вполне можно превратить в весёлую игру выполнение тех же постылых домашних заданий. То же самое с принадлежностями для учёбы. Чем больше вещь напоминает игрушку – тем более привлекателен для ребёнка весь процесс, связанный с использованием этой вещи. Поэтому стимулировать интерес к учёбе можно, купив ребёнку красивый, яркий (причём необязательно дорогой) портфель, пенал или хотя бы ластик. Кстати, в таком процессе игры удовольствие от обучения развивается и закрепляется, если хотите, на уровне безусловных рефлексов – причём, что важно, удовольствие не столько от получения каких-то знаний, сколько от умения ими активно пользоваться и их применять в реальной жизни. И главное условие успешной учёбы – сформировать не потребность выучить «от сих до сих», а развитие так называемого «пытливого ума». Собственно говоря, все дети имеют изначально такой ум, а вот задача педагогов и родителей – эту пытливость поддерживать, а не подавлять.

### **Занятие №17**

**Тема:** «Что делать, когда ребенок пошел в школу? Как прожить хотя бы один день без нервотрёпки, поучений, взаимных обид?»

**Цель:** налаживание эмоционально-благоприятного контакта с ребенком.

**Форма:** лекция.

- Будьте ребёнку спокойно: проснувшись, он должен увидеть вашу улыбку и услышать ласковый голос. Не подгоняйте его с утра, не дёргайте по пустякам, не укоряйте за ошибки и оплошности, даже если «вчера предупреждали».

- Не торопите, умение рассчитать время – ваша задача, и если это вам плохо удаётся, то вины ребёнка в этом нет.

- Прощаясь, пожелайте ребёнку удачи, подбодрите, скажите несколько ласковых слов. У него впереди трудный день.

- Забудьте фразу «Что ты сегодня получил?». Встречайте ребёнка после школы спокойно, не обрушивая на него тысячу вопросов, дайте расслабиться (вспомните, как вы сами чувствуете себя после тяжёлого рабочего дня, многочасового общения с людьми). Если же ребёнок чересчур возбуждён, жаждет поделиться чем-то, не отмахивайтесь, не откладывайте на потом, выслушайте его.

- Если вы видите, что ребёнок огорчён, но молчит, не выпрашивайте и не допытывайтесь, пусть как следует успокоится, тогда и расскажет всё сам.

- Выслушав замечание учителя, не торопитесь устраивать взбучку и постарайтесь, чтобы ваш разговор с учителем происходил без ребёнка.

- Не заставляйте делать все уроки в один присест, после 15-20 минут занятий необходимы 10-15 минутные «переменки».

- Во время приготовления уроков «не стойте над душой», дайте возможность ребёнку работать самому, но уж если нужна ваша помощь, наберитесь терпения. Спокойный тон, поддержка («не волнуйся, всё получится»), «давай разберём вместе», «я тебе помогу»), похвала (даже если не очень получается) необходимы. Не акцентируйте внимание на оценках.

- В общении с ребёнком старайтесь избегать условий: «Если ты сделаешь, то...»

- Найдите (постарайтесь найти) в течение дня хотя бы полчаса, когда вы будете принадлежать только ребёнку, не отвлекайтесь на домашние дела,

телевизионные передачи, общение с другими членами семьи. В этот момент важнее всего его дела, заботы, радости, неудачи и т.д.

- Выбирайте единую тактику общения всех взрослых в семье с ребёнком, свои разногласия по поводу педагогической тактики решайте без него. Если не получается, посоветуйтесь с учителем, врачом, психологом, не считайте лишней литературу для родителей, там вы найдёте много полезного.

- Будьте внимательны к жалобам ребёнка на головную боль, усталость, плохое самочувствие. Чаще всего это объективные показатели утомления, трудности учёбы.

- Учтите, что даже «совсем большие дети» (мы часто говорим «ты уже большой» 7-8 летнему ребёнку) очень любят послушать сказку перед сном, песенку, крайне нуждаются в ласке. Всё это успокаивает их, помогает снять напряжение, накопившееся за день, и спокойно уснуть. Старайтесь не вспоминать перед сном неприятностей, не выяснять отношений, не обсуждать контрольную работу, которая будет завтра и т.п.

*На этой школьной ступеньке ребёнок должен: научиться учиться и получать от этого удовольствие; научиться дружить – то есть завязывать и поддерживать отношения с людьми; обрести уверенность в себе, своих способностях и возможностях (поверить в себя).*

*Условия роста и развития, в сущности, просты. Природа и Любовь толково и бережно ведут юного человека со ступеньки на ступеньку - вверх по лесенке развития. Нам остаётся только понять особенности этого движения и вовремя поддержать ребёнка, создавая благоприятные условия для этого подъёма. Вот и вся родительская задача. Сориентируйте себя правильно, а мы поможем Вам в этом.*

*Завтра новый день, и мы должны сделать всё, чтобы он был спокойным, добрым и радостным.*

### **Коммуникативная, интерактивная часть (играют взрослые и дети)**

*Примерные формы организации:*

- 1) интеллектуальные соревнования «Турнир Знаек»;
- 2) весёлая викторина «Ярмарка загадок»;
- 3) интеллектуальное «казино» «Что? Где? Когда?»

### **Обратная связь**

*Примерные формы организации:*

- 1) Анкета «Адаптация Вашего ребёнка в школе».
- 2) Буклет с практическими рекомендациями «Как прожить день без нервотрёпки...»

3) Домашнее задание: изготовить с детьми «Тетрадь моих достижений» (цель: помочь детям выработать у себя привычку фиксировать новые успехи в своей жизни. Детям легче настроиться на успех, когда они замечают свой прогресс и отмечают новые достижения.) Инструкция: я хочу, чтобы вы завели одну особенную тетрадь. Эта тетрадь предназначена не для школьных заданий. Она необходима для записи ваших успехов и достижений. Вы никому не обязаны показывать её. Начните с того, что украсьте обложку этой тетради. Пусть взрослые помогут вам надписать её большими буквами: «Мои достижения», внизу подпишите своё имя, а затем украсьте обложку по своему вкусу. Теперь вы можете начать заполнять первую страницу тетради. Вспомните свой какой-нибудь особенно замечательный успех. Нарисуйте картинку этого успеха на первой странице своей тетради. Пусть взрослые помогут вам сделать подпись под картинкой. Уважаемые взрослые! Подумайте о том, как сделать так, чтобы дети могли клеивать в тетрадь свои самые удачные работы по разным предметам (например, это могут быть фотографии поделок, ксерокопии работ в тетрадях и т.д.

### **Подведение итогов.**