

Е. М. Иноземцева, Е.С. Тушева, О. Б. Полякова,
К. К. Федоричева, К. Ю. Тютюнников, К. В. Иванова

ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Методическое пособие



Москва
Издательский дом «Сказочная дорога»
2023

УДК 376.112.4
ББК 74.58
И67

**Иноземцева Е. М., Тушева Е. С., Полякова О. Б.,
Федоричева К. К., Тютюнников К. Ю., Иванова К. В.**

И67 Постуральный менеджмент и коммуникативные возможности в процессе обучения детей с тяжелыми двигательными и ментальными нарушениями: *методическое пособие* / Е. М. Иноземцева, Е. С. Тушева, О. Б. Полякова, К. К. Федоричева, К. Ю. Тютюнников, К. В. Иванова. – М. : Издательский дом «Сказочная дорога», 2023. – 40 с. : ил.

ISBN 978-5-4329-0288-7

Методическое пособие «Постуральный менеджмент и коммуникативные возможности в процессе обучения детей с тяжелыми двигательными и ментальными нарушениями» разработано командой Благотворительного фонда поддержки детей и укрепления семейных ценностей Екатерины Иноземцевой совместно с профессорско-преподавательским составом Московского педагогического государственного университета (Институт детства МПГУ) в рамках проекта «Точка роста для специалистов психолого-педагогического и коррекционного звена: постуральный менеджмент и коммуникативные возможности в процессе обучения детей с тяжелыми двигательными и ментальными нарушениями» для специалистов психолого-педагогического и коррекционного звена и родителей, воспитывающих детей с инвалидностью (ДЦП и ментальными нарушениями) и ОВЗ (моторные и речевые нарушения) при поддержке Благотворительного фонда «ВТБ-страна».

Методическое пособие создано с целью повысить компетенции и получить новые знания в практической работе с детьми с инвалидностью и ОВЗ.

СОДЕРЖАНИЕ

Авторы проекта и составители	4
Предисловие.	5
Материалы семинаров	5
Введение.	7
Что такое ДЦП?	8
Что такое «постуральный менеджмент»? Настройка TCP.	10
Использование международных шкал при настройке TCP	11
Шкала FIM: количественная оценка функциональной независимости	13
Особенности коммуникации у детей с ДЦП	14
Особенности развития коммуникативных навыков у детей с ДЦП	16
Влияние ДЦП на способность к общению	18
Методы и подходы к развитию социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП	21
Эрготерапия в системе комплексной социальной реабилитации детей с ДЦП и ментальными нарушениями.	24
Тренировка социально-бытовых навыков	26
Нейропсихологические подходы и методы в работе с детьми с инвалидностью и ОВЗ.	28
Методы, формы занятий и упражнений в нейрпсихологии в работе с детьми с инвалидностью и ОВЗ	29
Список литературы.	32
Приложения	35

АВТОРЫ ПРОЕКТА И СОСТАВИТЕЛИ:

Иноземцева Екатерина Михайловна, автор проекта «Точка роста для специалистов психолого-педагогического и коррекционного звена: постуральный менеджмент и коммуникативные возможности в процессе обучения детей с тяжелыми двигательными и ментальными нарушениями», заместитель декана факультета дизайна МГУТУ им. К. Г. Разумовского, эксперт по социокультурной реабилитации детей с инвалидностью, специалист по социальной реабилитации, постуральному менеджменту и эрготерапии, учитель-логопед, мама ребенка с ДЦП. Руководитель социальных программ по социокультурной реабилитации детей с инвалидностью и ОВЗ, Москва.

Тушева Елена Сергеевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры олигофренопедагогики и клинических основ дефектологии; руководитель программ профессиональной переподготовки специалистов по дефектологии «Логопедия», «Олигофренопедагогика», «Образование и психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра» Института детства Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский педагогический государственный университет», эксперт фонда, Москва.

Полякова Ольга Борисовна, кандидат педагогических наук, специалист по социальной реабилитации в эрготерапии, психолог, коррекционный педагог-дефектолог. Автор книги «Школа приемных родителей: принципы, устройство, документы», автор 3 монографий и более 30 научных статей по социальной педагогике, ведет научно-исследовательскую деятельность. Директор АНО «Ресурсный центр адаптивных социальных инициатив «Вектор поддержки», руководитель социальных программ — проектов по комплексной социальной реабилитации детей с инвалидностью, ОВЗ, Москва.

Федоричева Катерина Кирилловна, специалист по АФК и постуральному менеджменту, эрготерапии, Москва.

Тютюнников Кирилл Юрьевич, врач-невролог, специалист по постуральному менеджменту, Москва.

Иванова Клавдия Владиславовна, детский психолог, сертифицированный игровой терапевт, член Ассоциации игровых терапевтов, специалист по развитию эмоционального интеллекта детей от 2,6 до 10 лет. Опыт в реабилитации более 15 лет.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Воспитывать и обучать детей с тяжелыми двигательными нарушениями, создать для них особые условия на занятиях и найти способы для расширения их контактов с окружающим миром людей и предметов — непростая задача. Мы на верном пути, поскольку занимаемся этим более 5 лет. Это время, за которое нам удалось накопить уникальный опыт медико-психологопедагогической реабилитации и коррекционной работы с детьми, опыт конструктивного взаимодействия с их родителями.

С уверенностью можем сказать, что на данном этапе нам есть чем поделиться с вами — нашими читателями.

Команда Благотворительного фонда Екатерины Иноземцевой совместно с партнерами подготовила полезный подарок — серию информационно-просветительских и практических семинаров для специалистов социальной сферы и родителей, воспитывающих детей с инвалидностью и ОВЗ.

МАТЕРИАЛЫ СЕМИНАРОВ



Когда пора внедрять постуральный менеджмент для детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2514



Современные технологии в процессе работы учителя-логопеда для детей с ДЦП и ОВЗ (Линка, Умное зеркало, Стабиломер)

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2503



Вспомогательные средства и приспособления в помощь детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в процессе коррекционно-развивающих занятий

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2499



Нейропсихологические подходы в развитии детей с ОВЗ и инвалидностью

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2495



Альтернативная дополнительная коммуникация как средство общения детей с ОВЗ и инвалидностью

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2488



Играть с ребенком. Как?

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2472



Методы эрготерапии в реабилитационной работе с детьми с ДЦП

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2466



Игротерапия как способ психотерапии и развития эмоционально-личностной сферы детей

https://vk.com/bfinozemceva?w=wall-85612174_2464

ВВЕДЕНИЕ

Дети с тяжелыми двигательными нарушениями (ТДН) и дети с ментальными нарушениями все больше включаются в социальную жизнь через инклюзивные проекты, но специалисты в детских садах и школах не умеют правильно перемещать и позиционировать таких детей, найти правильные подходы коммуникации и использовать в своей деятельности комплексный подход с применением современных программных комплексов и специального оборудования по коррекции и развитию, а многие молодые специалисты морально и психологически не готовы работать с такими детьми.

Педагоги, психологи, логопеды, дефектологи и тьюторы подчас не знают, как во время занятий безопасно и правильно пересадить ребенка из коляски, взять на руки, переместить внутри коляски, как адаптировать образовательный процесс ребенка с помощью оборудования и специальных программ. Это относится как к специалистам общеобразовательных школ, так и к тем, кто работает в специализированных учреждениях для особых детей.

Команда фонда разработала курс практических мастер-классов и семинарских занятий, вебинаров для молодых специалистов и педагогов по следующим направлениям:

- обмен опытом по навыкам двигательного взаимодействия на основе международных доказательных практик и обучение специалистов, которые работают с детьми с ТДН в социальных учреждениях и не являются при этом специалистами по моторике;
- проведение практических мастер-классов и семинаров для специалистов коррекционной и психолого-педагогической сферы с применением программных комплексов социокультурной интеграции, содействующих формированию социальной коммуникации и социальной адаптации детей с ТДН.

Участниками проекта стали педагоги Московской области, Дагестана, Казани. С учетом отдаленности места проживания большинства специалистов занятия проходят в дистанционном формате (онлайн). Дистанционные занятия проводятся в форме лекции (под запись) и вебинара с куратором в формате сессии вопрос-ответ. Обратная связь организуется в виде промежуточного тестирования. Для педагогов Москвы занятия проходят в смешанном формате: лекционные занятия и вебинары проводятся онлайн, а практическая работа в группах по отработке навыков перемещения и позиционирования детей с ТДН, разбор клинических случаев, а также применение в работе программных комплексов и коррекционного оборудования — очно (офлайн). Во всех мероприятиях принимают участие слушатели, которые прошли собеседование и успешно сдали тесты по итогам

онлайн-обучения. Так в проекте прошли обучение более 100 слушателей — молодые педагоги и специалисты по работе с детьми с ОВЗ и инвалидностью: педагоги, психологи, логопеды, дефектологи, реабилитологи и др.

Вместе с тем основными участниками проекта стали дети — благополучатели проекта (более 150 детей с ОВЗ и инвалидностью в рамках занятий со специалистами). Неоценима помощь родителей и студентов профильных вузов (более 250 добровольцев). Широкое распространение получили выездные практические занятия, проводимые совместно с детьми и их родителями (по сути, это персонифицированные волонтерские практики, которые распространяются на посещение музеев, театров, цирка, арт-пространств, занятий в аэротрубе и др.).

В рамках проекта на базе Семейного центра диагностики и развития детей и молодежи Благотворительного фонда Екатерины Иноземцевой прошли:

- вебинары в формате сессий (более 15);
- практические мастер-классы по арт-терапии и социально-средовой адаптации, сказкотерапии, театрализованные представления для детей с ОВЗ и инвалидностью, включая детей с ДТН;
- семинары и семинары-практикумы (более 10).

Сообразно изложенному пониманию сущности и реализации проекта «Точка роста для специалистов психолого-педагогического и коррекционного звена: постуральный менеджмент и коммуникативные возможности в процессе обучения детей с тяжелыми двигательными и ментальными нарушениями» для специалистов психолого-педагогического и коррекционного звена и родителей, воспитывающих детей с инвалидностью (ДЦП и ментальными нарушениями) и ОВЗ (моторные и речевые нарушения) при поддержке Благотворительного фонда «ВТБ-страна» всем заинтересованным лицам предоставляется возможность повысить свои компетенции и получить новые знания в практической работе с детьми с тяжелыми двигательными нарушениями.

Методическое пособие предназначено для широкого круга специалистов, осуществляющих медико-психолого-педагогическую помощь детям с ДТН, родителям, их воспитывающих, волонтерам коррекционного звена.

ЧТО ТАКОЕ ДЦП?

ДЦП, или детский церебральный паралич, является неврологическим расстройством, которое влияет на движение и координацию у детей. Оно возникает из-за повреждения мозга в раннем детстве, чаще всего до или во время рождения.

Что такое ДЦП?

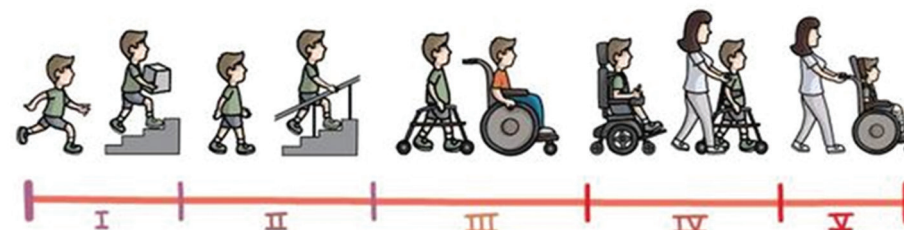
ДЦП может проявляться различными способами, в зависимости от того, какая часть мозга повреждена и насколько серьезно. У некоторых детей с ДЦП наблюдается ограничение движения и координации в конечностях, что делает трудным выполнение простых задач, таких как ходьба или схватывание предметов. У других детей могут быть проблемы с контролем мышц лица и рта, что затрудняет произношение слов и питание.

Важно отметить, что ДЦП не является прогрессирующим заболеванием, то есть оно не ухудшается со временем. Однако симптомы и степень ограничений могут различаться у разных детей.



ДЦП может быть вызвано различными причинами, такими как кислородное голодание мозга, инфекции, травмы или генетические нарушения. Однако в большинстве случаев причина остается неизвестной.

ДЦП является хроническим состоянием, которое требует длительного и комплексного лечения и реабилитации. Однако с подходящей поддержкой и помощью дети с ДЦП могут достичь значительного прогресса в развитии и улучшить свои двигательные и коммуникативные навыки.



ЧТО ТАКОЕ «ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ»? НАСТРОЙКА TCP.

Постуральный менеджмент — это программа индивидуального подбора TCP, лечения и позиционирования детей, которая способствует развитию крупной и мелкой моторики и уменьшает риск развития постуральных деформаций. Он включен в образ жизни человека и применяется в течение всего дня, чтобы охватить все виды деятельности, которые влияют на осанку и функциональные возможности человека. Эта программа создана и связана с использованием специального оборудования для поддержания правильной позы.

Постуральные (позные) рефлексy и реакции обеспечивают поддержание определенных поз тела и его частей в пространстве.

Способность к самостоятельному поддержанию и контролю позы у детей с неврологическими расстройствами или двигательными нарушениями, такими как при ДЦП, других паралитических синдромах, мышечной дистрофии, снижена или отсутствует. Эти дети входят в группу высокого риска развития костных деформаций и вторичных осложнений, так как обычно их тело находится в асимметричном положении, которое они не в состоянии изменить самостоятельно. Поэтому таким детям необходима индивидуальная программа постурального менеджмента.

Программа постурального менеджмента является плановым подходом, охватывающим все виды мероприятий, которые оказывают влияние на позу и функции человека. Программы должны разрабатываться конкретно для каждого ребенка и должны включать в себя подбор технических средств реабилитации и ортезов для поддержания правильной позы в дневное и ночное время, программу по поддержанию правильной позы сидя и стоя, хирургические вмешательства, а также индивидуальную программу занятий с ребенком, в том числе лечебной физкультурой.

Постуральный менеджмент способствует развитию крупной и мелкой моторики, уменьшает риск развития постуральных деформаций, нарушений развития и работы внутренних органов и систем. Если еще проще — это усилия, направленные на контроль и удержание такого положения тела в пространстве, которое позволит ребенку развивать свои двигательные навыки.

Программы постурального менеджмента направлены на стимуляцию когнитивного развития, общения, развитие функциональных навыков и самостоятельной активности ребенка, предотвращение вторичных ортопедических деформаций.

Для подбора и настройки TCP необходимо знать и использовать международные шкалы и правильно провести замеры биометрических данных ребенка (Приложение № 1). А также знать, какие формы ДЦП существуют.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ШКАЛ ПРИ НАСТРОЙКЕ TCP

Международная система классификации глобальных моторных функций GMFCS (Gross motor function classification system)

В практике подбора и настройки TCP применяются следующие шкалы:

Международная система классификации глобальных моторных функций — **GMFCS** (Gross motor function classification system) применительно к детям с ДЦП.

Система классификации больших моторных функций при церебральном параличе основана на оценке самопроизвольных движений, с акцентом на умение сидеть, перемещаться и передвигаться. Определяют пять уровней в классификации, нашим основным критерием является различие между уровнями, которое должно быть значимым в повседневной жизни.

Различия основаны на функциональных ограничениях, на необходимости использования ручных приспособлений для передвижения (таких, как ходунки, костыли, трости) или колесных средств передвижения и в меньшей степени — на качестве движений.

Различия между уровнями I и II не так резко выражены, как различия между другими уровнями, особенно для возрастной группы до 2-летнего возраста.

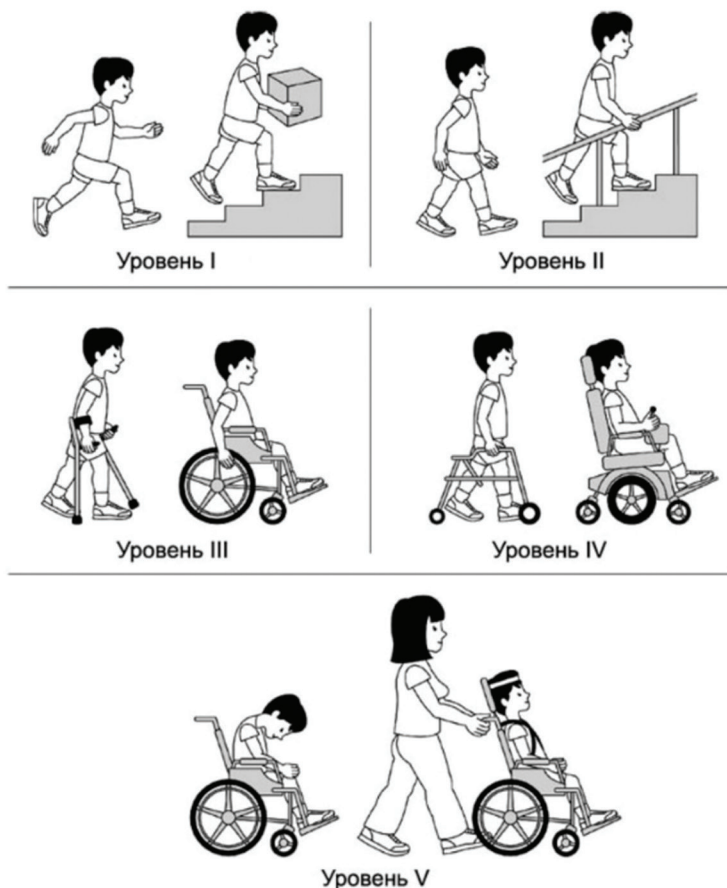
Расширенная классификация больших моторных функций (2007) включает также возрастную группу молодежи в возрасте от 12 до 18 лет и подчеркивает концепцию международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья Всемирной организации здравоохранения. Мы рекомендуем пользователям иметь в виду, что факторы окружающей среды и личностные факторы могут влиять на то, как дети и молодежь оцениваются и что они могут делать. В центре внимания данной классификации находится определение того уровня, который лучше всего описывает возможности и ограничения ребенка и подростка в больших моторных функциях. Акцент делается на обычной деятельности дома, в школе, общественных местах (т.е. что они умеют делать), а не на том, что они могли бы делать с учетом своих возможностей. Поэтому важно правильно классифицировать текущую повседневную деятельность ребенка в больших моторных функциях, а не судить о качестве движений или прогнозе их улучшения.

В основе каждого уровня — метод мобильности, который наиболее полно характеризует деятельность в возрасте после 6 лет. Описания функциональных возможностей и ограничений для каждой возрастной группы

являются обобщенными и не предназначены для описания всех аспектов функционирования отдельных детей/подростков. Например, младенец с гемиплегией, который не может ползать на руках и коленях, но в остальном соответствует описанию I уровня (т.е. может подтянуться, чтобы встать и ходить), должен быть классифицирован по I уровню.

Шкала порядковая, в ней не было намерения считать равными расстояния между уровнями или то, что дети или подростки с церебральным параличом одинаково распределены по пяти уровням.

Краткая информация о различиях между каждой парой уровней может помочь в определении того уровня, который наиболее точно характеризует большие моторные функции ребенка или подростка.



Детям ДЦП IV–V уровней по шкале GMFCS программа 24-часового постурального менеджмента в положении лежа должна применяться сразу после рождения, в положении сидя — с 6 месяцев и в положении стоя — с 12 месяцев. Детям с ДЦП с GMFCS III программа постурального менеджмента, стимулирующая двигательную активность, должна применяться с раннего возраста.

Постоянное наблюдение должно вестись для предотвращения развития постуральных деформаций мягких тканей и костных структур. Всем детям, которые не могут пройти более 10 шагов в возрасте 30 месяцев, необходимо проводить рентгенологическое исследование обоих тазобедренных суставов для измерения индекса миграции периодически, каждые 6–12 месяцев, до достижения возраста 7 лет или до того момента, когда дальнейшее развитие деформации маловероятно. Рентгенологическое исследование позвоночника должно проводиться для всех детей, относящихся по шкале GMFCS к уровням V и IV, которые до 5 лет не в состоянии удерживать позу стоя. Рентгенологический контроль таким детям должен быть осуществлен как минимум в возрасте 5 и 10 лет.

Для реализации программы постурального менеджмента необходимо информирование и обучение всего окружения ребенка (опекунов, семьи, специалистов, воспитателей и т.д.) с целью их активного участия и понимания концепции программы.

Для того чтобы постуральный менеджмент был по-настоящему эффективным, он должен стать неотъемлемой частью жизни ребенка, сопровождая все виды его повседневной деятельности, влияющие на осанку и функциональные возможности, также необходимо внедрять в процессе коррекционно-развивающих занятий и двигательной коррекции.

ШКАЛА FIM: КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ

Важное значение в диагностике и выборе методов реабилитации имеет определение количественной оценки навыков самообслуживания ребенка по шкале FIM.

Чтобы получить полное представление о навыках ребенка, нужно иметь подробную информацию об обычном режиме дня — с утра и до отхода ко сну. Как именно выполняются все бытовые процедуры: умывание, чистка зубов, мытье рук, кормление, посещение туалета, одевание, обувание. Специалисту важно понять, что из этого может быть доступно ребенку — самостоятельно или с использованием какого-либо приспособления, облегчающего задачу. Для количественной оценки навыков самообслуживания можно использовать специализированную шкалу FIM (Приложение № 2). Использовать ее имеет смысл с подросткового возраста.

С помощью шкалы оцениваются действия, которые пациент действительно делает, а не предположительно может делать.

Для того чтобы самостоятельно провести исследования, распечатайте Приложение 2 настоящего методического пособия (с. 36) и внесите в квадратики слева количественные показатели (баллы).

Шкала функциональной независимости FIM включает 18 пунктов, при этом пункты 1–13 отражают состояние двигательных функций, а пункты 14–18 — состояние интеллектуальных функций.

Каждая из указанных функций оценивается по семибалльной шкале.

Таким образом, суммарная оценка по шкале FIM может составлять от 18 до 126 баллов: чем ниже суммарная оценка FIM, тем в большей степени пациент зависим от окружающих в повседневной жизни.

Как работает FIM?

Оценка состояния пациента проводится дважды: как только человек к нам поступает, и при выписке. Каждый пункт мы отмечаем точкой соответствующего цвета и закрашиваем. Центральный кружок и каждый сектор диаграммы равны 1 баллу. Максимальное количество баллов — 231, которые означают, что человек полностью функционально независим.

Мы оцениваем состояние пациента по всем блокам:

1. Эрготерапевтический блок — может ли пациент сам одеться, расчесаться, почистить зубы.
2. Блок тазовых функций — контролирует ли мочеиспускание и дефекацию.
3. Двигательный блок — как пациент встаёт, ходит, пересаживается.
4. Когнитивный блок — чтение, понимание, выражение мыслей.
5. Высшая корковая функция — память, анализ, логика, социальная адаптивность.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Общение — это взаимодействие двух (или более) людей, направленное на согласование и объединение их усилий с целью налаживания отношений и достижения общего результата. Общение есть не просто действие, а именно взаимодействие — оно осуществляется между участниками, каждый из которых равно является носителем активности и предполагает ее в своих партнерах.

Понятие коммуникации связано с информационными обменахми, которые существуют между людьми в процессе совместной деятельности и общения. Коммуникация — это акт и процесс установления контактов между субъектами взаимодействия посредством выработки общего смысла передаваемой

и воспринимаемой информации. Действия, целью которых является смысловое восприятие, называют коммуникативным. Различают вербальную и невербальную коммуникацию, использующие различные знаковые системы. Общение осуществляется с помощью разнообразных средств.

Выделяют три основные категории средств общения:

1. Экспрессивно-мимические средства общения (взгляд, мимика, выразительные движения рук и тела, выразительные вокализации).

2. Предметно-действенные средства общения (локомоторные и предметные движения; позы, используемые для целей общения; приближения, удаления, вручения предметов, протягивание взрослому различных вещей, притягивание к себе и отталкивание от себя взрослого; позы, выражающие протест, желание уклониться от контактов со взрослыми или стремление приблизиться к нему, быть взятым на руки).

3. Речевые средства общения (высказывания, вопросы, ответы, реплики). Эти категории средств общения появляются у ребенка в том порядке, в котором перечислены, и составляют основные коммуникативные операции в дошкольном детстве.

В общении с окружающими людьми дети используют средства общения всех категорий, которыми уже овладели.

Одновременное изменение потребностей, мотивов и средств общения детей ведет к изменению форм коммуникативного развития.

Четыре формы общения детей со взрослыми (М. И. Лисина)

- 1) ситуативно-личностная (непосредственно эмоциональная);
- 2) ситуативно-деловая (предметно-действенная);
- 3) внеситуативно-познавательная;
- 4) внеситуативно-личностная.

Формы общения детей со сверстниками (М. И. Лисина):

- 1) эмоционально-практическая;
- 2) ситуативно-деловая;
- 3) внеситуативно-деловая.

Эмоционально-практическая форма общения возникает на третьем году жизни ребенка.

От сверстника ребенок ожидает соучастия в своих забавах и самовыражениях. Основные средства общения — экспрессивно-мимические.

Примерно в 4 года возникает вторая форма общения со сверстниками — ситуативно-деловая. Роль общения со сверстниками у детей старше четырех лет заметно возрастает среди других видов активности ребенка. Это связано с преобразованием ведущей деятельности дошкольников — сюжетно-ролевой игры.

Основным средством общения становится речь.

Этапы развития общения (М. И. Лисина)

1-й этап.

Установление отношений ребенка с взрослым, причем взрослый выступает в данном случае в роли взрослого как взрослого. Он является носителем нормативов деятельности и образцом для подражания.

2-й этап.

На этом этапе взрослый выступает уже не носителем образцов, а равным партнером по совместной деятельности.

3-й этап.

Между детьми устанавливаются отношения равноправных партнеров по совместной деятельности.

4-й этап.

На этом этапе ребенок в коллективной деятельности выступает в роли носителя образцов и нормативов деятельности.

Общение оказывает решающее влияние на формирование личности, ее содержательных и формальных характеристик, психических процессов свойств и состояний.

Способность к общению складывается из умения разбираться в людях и верно оценивать их психологию, адекватно эмоционально откликаться на состояние и поведение окружающих, умения выбора способа обращения с окружающими, адекватного с точки зрения как общественной морали, так и индивидуальных особенностей общения.

Общение — это многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями в совместной деятельности. Он включает обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека.

Речь как основное средство общения развивается через движение и в социальном контакте, и ее основа закладывается еще на первом году жизни ребенка. Когда у ребенка при ДЦП имеются отклонения сенсомоторной сферы, управления мимикой лица и жестами, кинестетического восприятия, контроля за дыханием и передвижением, артикуляции, звукопроизношения, исчезает возможность самостоятельно реализовывать себя в окружающем мире. Все это оказывает непосредственное влияние на развитие коммуникативной деятельности и психическое развитие в целом.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП

У детей с ДЦП функция общения развивается неравномерно, в отличие от здоровых детей. Наиболее развитыми при ДЦП оказываются мотивы, формы и потребности общения. Последнее место занимают средства

общения. Нарушение артикуляции и координации движений неблагоприятно отражается на процессе общения со взрослым. Также отрицательно сказывается на общении неспособность выразить собственное эмоциональное состояние.

В отличие от здоровых детей дети с ДЦП дошкольного возраста ведут себя пассивно и не проявляют особого желания к сотрудничеству со взрослым. Они не стремятся по собственной инициативе к общению, но при настойчивом побуждении и поддержке устанавливают контакты. При обращении к ним взрослого дети обмениваются впечатлениями и периодически ищут поддержки и внимания взрослого. Экспрессивно-мимической речью, в отличие от здоровых детей, пользуются крайне редко, чаще употребляют жесты.

Детям, страдающим ДЦП, требуются побуждения взрослого для того, чтобы принять участие в процессе общения. Их действия с игрушками и предметами носят единоличный характер, редко появляется желание действовать совместно со взрослым или подражать его действиям. Дети не обращают внимания на взрослого, игрушка или какое-нибудь новое занятие интересуют их больше, чем вступление в контакт со взрослым. Не наблюдается активного стремления разделить игру с партнером или обратиться к нему.

Экспрессивно-мимические средства общения, оживленный взгляд, двигательные спонтанные реакции появляются не сразу и являются кратковременными, монотонными и маловыразительными. В процессе общения дети с ДЦП предпочитают использовать жесты, сопровождают их резкой мимикой и гримасами подчеркнуто восклицательного характера, выражая таким образом свои эмоции (например, вместо слова «дай» дети используют гримасы, как бы разговаривая сами с собой). Установление контакта со взрослым происходит только при его инициативе и поддержке. Слабо проявляется эмоциональное состояние или желание поделиться впечатлениями.

Таким образом, у детей с ДЦП в возрасте первых трех-четырех лет формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако потребность в общении выражена менее интенсивно. Это можно объяснить как естественной гиперопекой взрослых по отношению к больному ребенку, так и слабой познавательной активностью детей, обусловленной сенсомоторной недостаточностью и социальной изоляцией в домашних условиях. Отставание в развитии средств общения связано также с малой коммуникативной активностью ребенка с ДЦП и с недостаточным развитием функций, включающих моторные компоненты.

Дети с церебральным параличом в дошкольном и школьном возрасте обычно еще менее многословны, и их ответы менее разнообразны.

Пять типов коммуникативных нарушений при ДЦП:

- связанные с нарушением движений;

- связанные с нарушением мозга;
- из-за длительной госпитализации;
- из-за социально-эмоциональных проблем;
- в связи с физическим дефектом.

Нарушение дыхания, работы мышц гортани и горла, артикуляторных мышц отрицательно влияет на формирование плача, гуления и лепета в доречевой период.

Основные факторы, влияющие на формирование коммуникативных навыков:

- ослабленная когнитивная деятельность;
- отсутствие коммуникативного опыта.

Когда ребенок с двигательными нарушениями пытается начать разговор, ему приходится сталкиваться с разными сложностями. Кроме того, ему сложно зачастую установить контакт, так как нередко его взгляды, движения, слова бывают неверно поняты. После неудач в контактах у детей с ДЦП редко появляется желание инициативы.

Двигательные нарушения влияют и на невербальное общение. Если руками невозможно делать понятные жесты, передача сообщений усложняется. Навыки невербального общения будут развиваться только тогда, когда окружающие встретят подобные попытки с пониманием.

Впервые в специальной психологии описание развития личности ребенка с дефектом было дано Л. С. Выготским. Он убедительно показал, что любой дефект, любой телесный недостаток является фактором, в известной степени изменяющим отношения человека с окружающим миром, что в результате дает «социальную ненормальность поведения». Следовательно, психологическим фактом двигательный недостаток при ДЦП становится только тогда, когда человек вступает в общение с отличающимися от него здоровыми людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и при отсутствии или недостаточно квалифицированной психолого-педагогической коррекции могут вызвать появление негативных черт характера.

ВЛИЯНИЕ ДЦП НА СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ

Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) часто испытывают трудности в общении из-за особенностей своего физического и психического развития. Влияние ДЦП на способность к общению может быть различным в зависимости от формы и степени тяжести заболевания.

Одной из основных проблем, с которыми сталкиваются дети с ДЦП, является нарушение моторики, что затрудняет выполнение движений, необходимых для произнесения слов и формирования речи. Это может привести к задержке речевого развития и трудностям в артикуляции звуков.

Кроме того, дети с ДЦП могут испытывать трудности в контроле своих эмоций и выражении своих собственных эмоций. Это может затруднять их способность устанавливать эмоциональные связи с окружающими и эффективно взаимодействовать с ними.

Также из-за нарушений двигательных функций дети с ДЦП могут испытывать трудности в установлении контакта глазами, жестовом общении и использовании невербальных средств коммуникации, таких как мимика и жесты. Это может затруднять их способность понимать и передавать невербальные сигналы, что влияет на качество и эффективность их общения.

Все эти особенности социально-коммуникативного развития детей с ДЦП требуют особого внимания и поддержки со стороны родителей, близких и специалистов. Важно создать для них безопасную и поддерживающую среду, где они могут развивать свои социально-коммуникативные навыки и учиться взаимодействовать с другими людьми.

Роль родителей и близких в развитии социально-коммуникативных навыков



Родители и близкие играют важную роль в развитии социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП.

Их поддержка, понимание и активное участие помогают детям преодолевать трудности и развивать свои коммуникативные способности.

Создание поддерживающей среды



Родители и близкие должны создать для ребенка с ДЦП безопасную и поддерживающую среду, где он может чувствовать себя комфортно и свободно выражать свои мысли и чувства. Это включает в себя создание доверительных отношений, установление ясных правил и границ, а также поощрение и поддержку его попыток коммуникации.

Развитие навыков общения

Родители и близкие должны активно участвовать в развитии социально-коммуникативных навыков ребенка с ДЦП. Они могут использовать различные методы и подходы, такие как игры, ролевые модели, обучающие материалы и т.д., чтобы помочь ребенку учиться взаимодействовать с другими людьми, понимать и использовать невербальные сигналы, а также развивать навыки слушания и выражения своих мыслей.

Поддержка и поощрение

Родители и близкие должны поддерживать и поощрять ребенка с ДЦП в его усилиях по развитию социально-коммуникативных навыков.

Это может включать в себя похвалу за достижения, поддержку в трудных ситуациях, поиск возможностей для практики и применения новых навыков, а также поиск специалистов и программ, которые могут помочь ребенку в его развитии.

В целом родители и близкие играют ключевую роль в развитии социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП. Их поддержка, понимание и активное участие помогают детям преодолевать трудности и развивать свои коммуникативные способности.

МЕТОДЫ И ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ СОЦИАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Развитие социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП требует особого подхода и использования специальных методов.

Вот некоторые из них:

Индивидуальные занятия с логопедом



Логопедические занятия помогают развивать речь и коммуникативные навыки у детей с ДЦП.

Логопед работает с ребенком индивидуально, учит его правильно произносить звуки, формировать предложения и улучшать понимание речи.

Групповые занятия с психологом



Групповые занятия с психологом помогают детям с ДЦП развивать социальные навыки, учиться общаться с другими детьми и справляться с эмоциональными трудностями. Психолог проводит игры, тренинги и упражнения, которые способствуют развитию коммуникативных навыков и социальной адаптации.

Использование альтернативных коммуникационных средств



Для детей с ДЦП, у которых затруднено произношение речи, могут быть использованы альтернативные коммуникационные средства. Это могут быть различные технические устройства, символические системы или жестовые коммуникации, которые помогают ребенку выразить свои мысли и понять окружающих.

Игровая терапия



Игровая терапия является эффективным методом развития социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП.

Во время игры ребенок учится взаимодействовать с другими, выражать свои желания и эмоции, развивает воображение и творческое мышление.

Социальные тренинги



Социальные тренинги помогают детям с ДЦП развивать навыки общения, учат решать конфликты, адаптироваться к новым ситуациям и справляться с трудностями.

Тренинги проводятся специалистами и включают в себя различные упражнения, ролевые игры и обсуждение ситуаций из жизни.

Важно помнить, что каждый ребенок уникален, и методы развития социально-коммуникативных навыков должны быть подобраны индивидуально, учитывая его особенности и потребности. Совместная работа родителей, специалистов и ребенка позволяет достичь наилучших результатов в развитии коммуникативных навыков у детей с ДЦП.

ЭРГОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Деятельность в эрготерапии

В настоящее время в литературе все чаще можно встретить термин «эрготерапия», пришедший на смену понятию «трудотерапия». Термин «эрготерапия» происходит от лат. *ergon* — труд, занятие и греч. *therapia* — лечение. Согласно этому под эрготерапией можно понимать процесс исцеления через деятельность. На современном этапе развития науки и практики реабилитации лиц с инвалидностью и ОВЗ можно сказать, что специалист-эрготерапевт в своей деятельности опирается на комплексный подход к пациенту, используя знания в области психологии, педагогики, социологии, биомеханики и физической терапии. В основу деятельности современных специалистов по эрготерапии заложены принципы эрготерапии, сформулированные еще в 1919 году Джорджем Дантоном и не утратившие своей актуальности и в настоящее время. Заключаются они в следующем:

1. Деятельность для человека так же необходима, как вода и питье.
2. Каждый человек должен иметь возможность осуществлять как физическую, так и умственную деятельность.
3. Деятельность должна иметь смысл и вызывать у человека положительные эмоции в процессе ее выполнения.

В процессе выполнения привычных, осмысленных действий пациент восстанавливает навыки самообслуживания, работы или возобновляет необходимые ему занятия.

Деятельность способствует восстановлению функций организма.

Цель эрготерапии — решить те проблемы деятельности, которые беспокоят пациента, мешают его приспособлению, выполнению нужной ему деятельности и комфортному проживанию.

Эрготерапевт, помогая человеку максимально включиться в различные виды активностей, осуществляет свою деятельность поэтапно.

На первом этапе осуществляется диагностика, состоящая из сбора анамнеза и проведения обследования. На этом этапе проводится анализ степени повреждения органов и систем, а также изучение влияния физических ограничений и (или) психических нарушений на жизнедеятельность человека, на уровень его функциональных возможностей.

Второй этап предполагает определение целей и задач вовлечения в реабилитационный процесс, которое зависит от степени тяжести нарушений. Для одной категории людей это может быть полное возвращение к повседневной жизнедеятельности (учебе, труду, полноценному общению), для другой — выработка компенсаторных механизмов для обеспечения максимально возможной независимости и качества жизни.

Третий этап — составление реабилитационной программы, в которой должны учитываться интересы, навыки, способности человека, его возраст, пол, социальные роли. Этот этап завершается подбором видов деятельности, методик, техник и приемов, оборудования, необходимых для достижения цели, а также обсуждением программы вмешательства с семьей. В процессе реабилитационных мероприятий у людей с ограничением жизнедеятельности посредством самостоятельного выполнения действий улучшаются и/или восстанавливаются функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические).

Четвертый этап — обеспечение лиц с ОВЗ необходимыми условиями для выполнения деятельности, предусмотренной реабилитационной программой.

Пятый этап — оценка эффективности проведенного эрготерапевтического вмешательства и при необходимости внесение коррективов в план. В работе с детьми вовлечение в реабилитационный процесс может осуществляться на нескольких уровнях: телесном, сенсорном, эмоциональном и когнитивном.

Телесный уровень подразумевает работу над активностью и самостоятельностью ребенка, его способностью к спонтанным, самопроизвольным движениям; над обеспечением жизненно важных функций (дыхания, питания, пищеварения); над функционированием органов восприятия (глаз, ушей, вестибулярного аппарата, органов обоняния и вкуса); над координацией движений (рука-рот, глаз-рука, рука-нога, а также произвольное применение рук и ног, поворачивание и удержание равновесия при прыжках, беге, подъеме по вертикальной лестнице; умение кататься на велосипеде, играть в футбол и другие игры с мячом).

Сенсорный уровень предполагает развитие качественных характеристик ощущений: ориентации на слух, зрительной ориентации, ощущений запаха и вкуса, наличие адекватной реакции на них.

На эмоциональном уровне у детей развивают способности выражать чувства в соответствии с ситуацией; устанавливать контакт с окружающими, поддерживать коммуникацию, адекватно реагировать на успехи и неудачи, участвовать в совместной деятельности и игре и др.

Когнитивный уровень предполагает формирование умений внимательно слушать собеседника, исследовать окружающие предметы и перерабатывать полученную информацию, устанавливая взаимосвязи, концентрироваться; задавать вопросы, формулировать предпочтения и интересы.

ТРЕНИРОВКА СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ

Данная тренировка способствует овладению приемами самообслуживания и, как следствие, непременно поможет в дальнейшем социально-бытовом ориентировании ребенка. К тренировке социально-бытовых навыков также относятся:

Формирование и закрепление навыков одевания и раздевания: проведение занятий в костюмерном зале, где ребята обучаются навыкам самостоятельного одевания и раздевания. Работа с пособием по формированию или улучшению навыков застегивания, расстегивания пуговиц, молний, липучек, шнуровки — обязательно поможет ребенку не только самостоятельно шнуровать обувь, но и будет способствовать развитию координации движений рук, глазомера и т.д.

Формирование и закрепление навыков приема пищи: обучение детей, консультирование родителей: на что необходимо обратить внимание при кормлении. Используется методика по улучшению акта жевания и глотания, представляющая комплекс элементов логопедического массажа и определенных упражнений лечебно-физической культуры. Используется «Педиатрический набор оценки кормления», в который входят столовые приборы, поильники, т.е. стаканы, подбираемые для каждого пациента индивидуально с учетом физиологических особенностей.

Формирование навыков умывания: для приобретения хорошего навыка необходимо правильно «наращивать» цепочку действий. Для начала нужно определить, что может самостоятельно сделать ребенок и что ему еще не под силу. Затем разбить процесс на составляющие компоненты или небольшие шаги, обучение которым будет способствовать освоению навыка в целом. Следующий шаг — определение оптимальной последовательности обучения. Она должна быть организована таким образом, чтобы самые доступные для конкретного пациента навыки изучались в первую очередь, а более трудные — позже. При этом обучение одному звену должно облегчать обучение последующему. При обучении эффективнее использовать чередование действий пациента и эрготерапевта.

Гигиенические навыки по соблюдению чистоты тела: обучение правильной подготовке последовательности действий для умывания — самостоятельно засучить рукава, мыть лицо и руки, правильно пользоваться мылом, складывать туалетные принадлежности по окончании умывания (например, нужно положить мыло в мыльницу). При кашле отворачиваться, прикрывать рот носовым платком; соблюдать опрятность, устранять самими или с помощью взрослых неполадки в одежде. Учиться чистить зубы и полоскать рот.

Социально-средовая и социокультурная адаптация направлена как на детей с ДЦП, так и на работу с родителями:

1. Развитие детей:
 - коммуникативные развивающие занятия;
 - занятия изобразительным искусством (рисование, лепка, аппликация);
 - индивидуальные и групповые музыкальные занятия;
 - занятия по социально-средовой адаптации.
2. Мероприятия со специалистами.
3. Выставки.
4. Праздники.
5. Коммуникативные занятия — выходы с детьми.
6. Открытые уроки для родителей.
7. Просветительские семинары для родителей.
8. Методические пособия для родителей.
9. Родительский клуб.

В процессе выполнения привычных, осмысленных действий человек восстанавливает навыки самообслуживания, работы или возобновляет необходимые ему занятия.

Деятельность способствует восстановлению функций организма.

Цель эрготерапии — решить те проблемы деятельности, которые беспокоят человека, мешают его приспособлению, выполнению нужной ему деятельности и комфортному проживанию, направлены на работу с детьми, с общей моторной неловкостью, неустойчивостью и истощаемостью нервных процессов, снижением памяти, внимания, общей работоспособности, двигательной заторможенностью или расторможенностью, эмоционально-волевыми проблемами, трудностями формирования пространственных представлений, речевых процессов.

Модель эрготерапевтической работы по социально-средовой и социокультурной адаптации детей с ДЦП в центре для детей с ограниченными возможностями здоровья

Цель: реализация практических методик социально-средовой и социокультурной адаптации детей с ОВЗ (ДЦП)

Задачи:

1. Обосновать роль эрготерапевтических методик в социально-средовой и социокультурной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья (ДЦП).
2. Определить теоретические основы и дать характеристику эрготерапевтических методик социально-средовой и социокультурной адаптации детей с ДЦП.
3. Разработать модель социально-средовой и социокультурной адаптации детей с ДЦП в центре для детей с ограниченными возможностями здоровья.
4. Представить результаты моделирования процесса социально-средовой и социокультурной адаптации детей с ДЦП в центре для детей с ограниченными возможностями здоровья



НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОВЗ

Благодаря использованию в своей работе нейропсихологических методов и приемов по результатам промежуточной диагностики наблюдается положительная динамика у детей, регулярно посещающих коррекционно-развивающие занятия, которая проявляется в:

- 1) повышении общей работоспособности (20%);
- 2) улучшении внимания (устойчивость и концентрация)(18%), памяти (10%), мышления(15%);
- 3) улучшении качества освоения учебного материала(10%);
- 4) проявлении необходимых социально-поведенческих навыков взаимодействия, благодаря повышению уровня саморегуляции и самоконтроля;
- 5) развитию творческих способностей ребенка.

Эти и многие другие упражнения, разработанные специалистами в области нейропсихологии, помогают не только воспользоваться обходными путями при коррекции нарушений, но и вносят разнообразие в работу психолога, увлекают ребенка, делают коррекционные занятия для него значительно интереснее и желаннее, повышая тем самым результативность работы.

С помощью специального комплекса двигательных и дыхательных упражнений ребенок обучается чувствовать свое тело, контролировать свои движения, вовремя начинать и прекращать их, двигаться плавно и четко.

В ходе коррекционных занятий в мозге происходят следующие процессы:

Во-первых, развиваются двигательные зоны коры головного мозга, росту которых что-либо помешало на ранних этапах жизни ребенка.

Во-вторых, укрепляется связь между двумя полушариями мозга, необходимая для гармоничной мыслительной деятельности.

В-третьих, движение способствует энергетической подпитке мозга, повышению умственной работоспособности и ускорению всех психических процессов.

Наконец, пока ребенок приучается контролировать себя в движении, развиваются зоны его мозга, ответственные за планирование, программирование и контроль. Позже эти навыки пригодятся ребенку в любой ситуации.

МЕТОДЫ, ФОРМЫ ЗАНЯТИЙ И УПРАЖНЕНИЙ В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОВЗ

Совершенствование познавательных навыков

Это упражнения на внимание, память, логику и концентрацию. Ребенок учится мыслить, работать долго, не отвлекаясь и т.д.

Артикуляционные приемы

В первую очередь этот блок направлен на улучшение произношения слов и предложений. Работа ведется с детьми, у которых выявили ЗРР и другие проблемы с речью.

Методики используют в комплексе.

В каком порядке, как и когда заниматься, решает специалист. Выделяют пять групп:

- дыхательные;
- глазодвигательные;
- направленные на то, чтобы развивать познавательные навыки;
- двигательные и растяжки;
- артикуляционные.

Используются они с учетом возраста и имеющихся проблем. В отношении детей с ОВЗ, в частности, применяется абилитация.

Дыхательные упражнения

Направлены на то, чтобы ткани ребенка насыщались кислородом в достаточном количестве. Дыхательная гимнастика имеет также целью выровнять мышечный тонус и снизить эмоциональную возбудимость.

Казалось бы, ничего особенного. Но ткани и органы лучше работают, потому что в нужных объемах получают кислород, успокаивается центральная нервная система. В результате несовершеннолетний становится более усидчивым, не переживает.

Глазодвигательные занятия

Своеобразная зарядка. Она помогает расширить зрительное восприятие, избавляет от синкинезии — это рефлексорные движения глаз, возникающие при сокращении мышц какой-либо части тела, конечности.

Двигательные упражнения и растяжки

Если говорить просто, то они помогают ребенку лучше подружиться со своим телом, научиться хорошо управлять им, располагать в пространстве так, как хочется или нужно. Можно использовать на тренировках определенные тренажеры — с учетом личности несовершеннолетнего, его особенностей.

Специалисты играют важную роль в помощи детям с ДЦП в развитии социально-коммуникативных навыков. Они обладают знаниями и опытом, необходимыми для эффективной работы с такими детьми и помогают им преодолевать трудности в общении и взаимодействии с окружающими.

Диагностика и оценка

Специалисты проводят диагностику и оценку социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП. Они анализируют уровень развития речи, навыки общения, способность к взаимодействию с другими людьми. Это позволяет определить индивидуальные потребности ребенка и разработать план работы.

Разработка индивидуальной программы

Специалисты разрабатывают индивидуальную программу развития социально-коммуникативных навыков для каждого ребенка с ДЦП. Они учитывают его особенности, возможности и потребности, а также цели, которые ставятся перед ним и его семьей. Программа может включать в себя различные методы и подходы, такие как речевая терапия, игровая терапия, работа с партнером и другие.

Проведение тренингов и занятий

Специалисты проводят тренинги и занятия, направленные на развитие социально-коммуникативных навыков у детей с ДЦП. Они помогают детям улучшить свою речь, научиться эффективно общаться, развивать навыки взаимодействия с другими людьми. Занятия могут включать в себя игры, упражнения, ролевые игры и другие методы, способствующие развитию коммуникативных навыков.

Сотрудничество с родителями и близкими

Специалисты сотрудничают с родителями и близкими ребенка, чтобы помочь им в развитии социально-коммуникативных навыков. Они консультируют родителей, делятся с ними знаниями и методиками работы, помогают создать поддерживающую среду для развития ребенка. Специалисты также могут проводить совместные занятия с родителями и ребенком, чтобы помочь им применять полученные навыки в реальной жизни.

Роль специалистов в помощи детям с ДЦП в развитии социально-коммуникативных навыков очень важна. Они помогают детям преодолевать трудности, развивать свои способности и становиться более независимыми и успешными в общении с окружающими.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Дорничев В. М., Постоловский В. Г., Постоловская Л. Н.* Реабилитация в здравоохранении. Обоснование и структурная концепция // Мир медицины. 2001.
2. *Дубинина Т. В., Сухарева М. Л., Эрдес Ш. Ф.* Эрготерапия в ревматологии // Научно-практическая ревматология. 2014. № 52 (1). С. 85–90.
3. *Беркович М.* Простые вещи. Как устанавливать контакт с людьми, имеющими тяжелые множественные нарушения развития. — СПб. : Издательско-торговый дом «Скифия», 2016. 96 с.
4. *Бриш К.* Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. М. : Когито-Центр, 2012.
5. *Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В.* Детские церебральные параличи. Киев : «Здоровье», 2008. 327 с.
6. *Иваницкая И. Н.* Детский церебральный паралич (обзор литературы) // Альманах «Исцеление». — М., 2003. С. 41–65.
7. *Иноземцева Е.М., Исанова В.А., Воробьева Е.С., Корнев А.В.* Аэрогимнастика как средство физической реабилитации и социальной адаптации детей с детским церебральным параличом / Адаптивная физическая культура и спорт / текст научной статьи по специальности «Науки о здоровье», УДК/UDC 796.011.3. Изд. 2021. С. 38; <http://www.teoriya.ru>.
8. *Коняева Н. П.* / Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития: учеб. пособие для студентов вузов / Н. П.Коняева, Т. С. Никандрова. — М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2014. 199 с.
9. *Клочкова Е. В.* Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности (современные подходы в реабилитации). — СПб. : Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003.
10. *Клочкова Е. В.* Введение в физическую терапию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. — М. : Теревинф, 2015.
11. *Кислинг У.* Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. — М. : Теревинф, 2017; Хайдт К., Аллон М., Эдвардс С., Кларк М. Дж., Кушман Ш. Перкинс. Школа: руководство по обучению детей с нарушениями зрения и множественными нарушениями развития: в 3 ч. — М. : Теревинф, 2015. Ч. 2.
12. *Красный Ю. Е.* Арт — всегда терапия. Развитие детей со специальными потребностями средствами искусств / Юрий Красный. — Изд. 2-е, испр. и доп. — М. : Дорога в мир, 2014. 256 с. (Наш ковчег. Творческий опыт).
13. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом (методические рекомендации). — СПб. : Питер, 2005. 285 с.
14. *Левченко И. Ю., Павловская Н. Т. и др.* Психолого-педагогическая реабилитация больных детским церебральным параличом в условиях стационара // Коррекц. педагогика. 2006. № 2. С. 5–12.
15. *Лангмейер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте. Прага : АВИЦЕНУМ, 1984.
16. *Лисина М. И.* Проблемы онтогенеза общения. — М. : Педагогика, 1986. С. 31–57.
17. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособие для педагогов и родителей / С. Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.; науч. ред. С. Е. Гайдукевич. — 2-е изд. — Мн. : БГПУ им. М. Танка, 2008.
18. *Полякова О.Б.* Этапы работы с семьей, оказавшейся в трудной жизненной ситуации / О.Б. Полякова // Международная научно-практической конференции «Наука сегодня: проблемы и перспективы развития»: материалы международной научно-практической конференции: в 3 ч. Ч. 3. — Вологда: ООО «Маркер». 2017. С.131–133.
19. *Полякова О.Б.* Профилактика социального сиротства и социально-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья / О.Б. Полякова // Интеграция современных научных исследований в развитие общества: сборник материалов III Международной научно-практической конференции. Том II. Кемерово: ЗапСибНЦ, 2017. С. 243–247.
20. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития: информ.-метод. сб. для специалистов / [О. С. Бояршинова, А. М. Пайкова и др.]; под ред. А. Л. Битовой, О. С. Бояршиновой. — М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2017. 114 с.
21. *Ткачева В.В.* Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. Учебное пособие для студентов педвузов. — М.: Инфра-М, 2021.
22. Хрестоматия для родителей: Сборник статей, опубликованных в журнале «Сделай шаг» в 1997–2014 гг. — Изд-е 3-е, переработ. и доп. / сост. П.Л. Жиянова, Н. С. Грозная. — М., 2014. 436 с.
23. *Штофф В. А.* Моделирование и философия. М.; Л. : Наука, 1966. 302 с.
24. *Якимец И. В.* Организация эрготерапевтического процесса (на примере клиники ЭРИ, Германия) // Современные проблемы физической реабилитации и эрготерапии: Материалы VIII Междунар. науч. сессии «Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту» / под ред. Т. Д. Поляковой, М. Д. Панкова. — Мн. : БГУФК, 2005. С. 28–32.
25. *Ярцева М. Н.* Специфика работы социального педагога в условиях реабилитационного центра // Социальная работа сегодня: взгляд молодых: сборник научно-практических статей аспирантов/ Под ред. докт. социол. наук, проф. И. В. Мкртумовой, канд. психол. наук, доцента Н. В. Лебедевой. — М.: ИДПО ДТСЗН, 2016. С.117–123.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Таблица замеров для настройки TCP

ФИО _____

Возраст _____

Диагноз _____

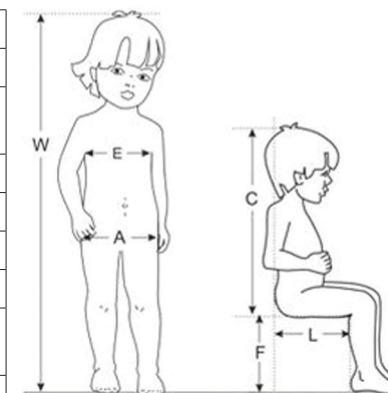
Группа и причина инвалидности _____

Дата установки инвалидности _____

ФИО родителя/законного представителя _____

Замеры:

A (ширина таза)	+ 2 см
L (длина бедра)	- 2 см
F (длина голени по задней поверхности ноги)	
H (высота спинки от сиденья до плеча)	
E (ширина груди)	+2 см
C (высота от сиденья до макушки)	
M (расстояние от сиденья до локтя)	
От плеча до мечевидного отростка или пупка	
Глубина грудной клетки	



A (ширина таза)	
E (ширина груди)	
W (общий рост)	
P (расстояние от пола до локтя)	
Y (рост до плеча)	
R (от пола до подмышечной впадины)	
Окружность таза	
Окружность груди	

Подписи специалистов по двигательной коррекции и постуральному менеджменту:

_____/_____ (ФИО)
 _____/_____ (ФИО)

Дата: «__» _____ 202__ г.

ССЫЛКИ:
<https://nauchniestati.ru/spravka/soczialno-kommunikativnoe-razvitie-detej-s-dczp/>
 Шкала функциональной независимости FIM | CardioNeurology.ru
 Шкала функциональной независимости FIM / Неврологическое отделение с палатами реабилитации больных с нарушением функции центральной нервной системы (volynka.ru)
 Аэрогимнастика как средство физической реабилитации и социальной адаптации детей с детским церебральным параличом – тема научной статьи по наукам о здоровье, читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка (cyberleninka.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

Оценка функциональной независимости FIM

ФИО _____
 Возраст _____
 Диагноз _____
 Группа и причина инвалидности _____
 Дата установки инвалидности _____

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ ПО ШКАЛЕ FIM

(проставьте баллы от 1 до 7 в каждом квадратике)

Утверждение	Балл
1. Прием пищи: пользование столовыми приборами, поднесение пищи ко рту, жевание, глотание (1 балл будет соответствовать зондовому питанию)	
2. Личная гигиена: чистка зубов, умывание лица и мытье рук	
3. Принятие ванны или душа: мытье и вытирание тела, за исключением области спины	
4. Одевание выше пояса	
5. Одевание ниже пояса	
6. Туалет: пользование туалетной бумагой и гигиеническими пакетами	
7. Контроль мочеиспускания	
8. Контроль дефекации	
9. Пересаживание (кровать — кресло)	
10. Перемещение на унитаз и обратно	
11. Способность пользоваться ванной или душевой кабиной	
12. Ходьба или передвижение с помощью инвалидного кресла (7 баллов — самостоятельная ходьба не менее 50 м; 1 балл — невозможность преодолеть расстояние более 17 м)	
13. Подъем по лестнице (7 баллов — самостоятельный подъем на 12–14 ступеней; 1 балл — невозможность преодолеть более 4 ступеней)	
14. Понимание речи и/или письма	
15. Изложение собственных желаний и мыслей (устно или письменно)	
16. Социальное взаимодействие (с членами семьи, медперсоналом и другими)	

17. Принятие решений: умение решать проблемы, связанные с финансами, социальными и личными потребностями	
18. Память: способность к запоминанию и воспроизведению полученной зрительной и слуховой информации, обучению, узнаванию окружающих	

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ (ОТ 18 ДО 126 БАЛЛОВ):

1 балл – полная зависимость: самостоятельно может выполнить менее 25% действий.

2 балла – значительная зависимость: самостоятельно выполняется 25–50% действий.

3 балла – умеренная зависимость: самостоятельно выполняется 50–75% необходимых действий.

4 балла – незначительная зависимость: требуется посторонняя помощь, но более 75% действий выполняется самостоятельно.

5 баллов – минимальная зависимость: требуется наблюдение ухаживающего либо помощь при надевании протеза или ортеза.

6 баллов – ограниченная независимость: все действия выполняются самостоятельно, но медленнее, чем обычно.

7 баллов – полная независимость: все действия выполняются самостоятельно.

Подписи специалистов:

_____/_____(ФИО)
 _____/_____(ФИО)

Дата: «__» _____ 202__ г.

Для заметок

**Е. М. Иноземцева, Е.С. Тушева, О. Б. Полякова,
К. К. Федоричева, К. Ю. Тютюнников, К. В. Иванова**

ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ И КОММУНИКАТИВНЫЕ
ВОЗМОЖНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ
ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Методическое пособие

Выпускающий редактор

Северов Н.И.

Корректор

Славина Т. В.

Компьютерная верстка

Борисов О.А., Шенин К.И.

Дизайн обложки

Борисов О.А., Трапезникова Т.В.

В пособии использованы иллюстрации из личных архив авторов
и Благотворительного фонда Екатерины Иноземцевой

Подписано в печать 15.12.2023.

Формат 60 x 90/16. Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная. Гарнитура «Helvetica Neue LT W1G».

П.л. 2,5. Тираж 500 экз. 1-й завод 150 экз. Заказ

ООО «Издательский дом «Сказочная дорога».

127055, г. Москва, ул. Новослободская,

д. 14/19, стр. 8, офис Б.

Тел.: 8 903 546 0613. E-mail: redkin2@mail.ru

ВКонтакте: <https://vk.com/club87687201>

Отпечатано: ООО «Паблит».

127282, г. Москва ул. Полярная, 31В, стр.1

Email: info@publit.ru

Тел.: 8(495) 230-20-52.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ И УКРЕПЛЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ ЕКАТЕРИНЫ ИНОЗЕМЦЕВОЙ

ПРЕЗИДЕНТ ФОНДА
ИНОЗЕМЦЕВА ТАМАРА СЕРГЕЕВНА

ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС:
105318, г. Москва, ул. Мироновская, д. 9, кв. 72
ИНН7719480052
КПП771901001
ОГРН 1187700011938

Дата присвоения ОГРН: 11.07.2018

ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС:
127299, Москва, ул. Б. Академическая, д. 22 Б
(Семейный центр диагностики
и развития детей и молодежи)

Сайт фонда: bfinozemtseva.ru

Контактные телефоны фонда:
+7(929) 910-41-12,
+7 (926) 551-99-63,
+7 (499) 399-35-04

E-mail: Bfkidsinozemtseva@yandex.ru

Банковские реквизиты:
Банк: ПАО СБЕРБАНК
р/с 40701810138000007669
БИК 044525225
к/с 30101810400000000225