

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ГОРОДА МОСКВЫ «ШКОЛА № 2009»
(ГБОУ Школа № 2009)

117041, г. Москва, ул. Адмирала Руднева, д.16, корп.1.
2009@edu.mos.ru

тел/ф: 495/717-19-45.

Принято на
педагогическом совете
Протокол № 1 от
«28» августа 2015 г



Приказ № 47/6 от 28 августа 2015г.

Дополнительная общеразвивающая программа
социально-педагогической направленности
по предмету « Школа движения»
для детей 7-10 лет

Срок реализации программы: 1 год

Составитель:

Педагог дополнительного образования: Беспалова Т. А.

г. Москва 2015 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Нормальное психическое развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функции различных отделов ЦНС. Темпы формирования отдельных систем головного мозга различны и это определяет физиологическую гетерохронию его роста и развития, отражающуюся в различной скорости созревания отдельных психофизиологических функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания.

К основным факторам, влияющим на психическое развитие, относятся наследственность, семейная среда и воспитание, а также внешняя среда с многообразием ее социальных и биологических воздействий. Все эти влияния выступают в едином комплексе, что может обуславливать как усиление, так и нивелирование влияния каждого из факторов.

В психогенезе раннего возраста были дополнительно выделены следующие этапы: период новорожденности - возраст 1—1,5 мес.; младенчество — период до 1 года; ползунковый период — 2-й и 3-й годы жизни. Были определены и критические периоды — пренатальные и раннего детства: 15—25-я и 28-я недели беременности, III триместр беременности (30—40 недель), предродовой период (3—5 дней перед родами) и роды, этап новорожденности (1—1,5 мес.), возраст 6—8 мес., возраст 15—17 мес. и возраст 2,5-3,5 лет.

Приведенная периодизация вначале была выделена психологами и врачами в специальных нейропсихологических, нейроморфологических и нейрофизиологических исследованиях.

С точки зрения нейроморфологии, критические периоды раннего детства представляют собой как бы пик происходящих на соответствующем этапе структурных преобразований. Так, критический период 15—28 недель внутриутробного развития плода соответствует закладке подкорковых структур мозга, 28 недель — закладке структур коры головного мозга. Психологически - III триместр беременности характеризуют как появление элементов слуховой памяти и корреляций поведения плода с психическим состоянием матери.

Предродовой период и роды соединяют в себе гибернацию, или подготовку к акту родов в виде предродового анабиоза плода, а сами роды приравниваются в отношении плода к стрессу, который вызывает у него состояние глубокого нервного и психофизического напряжения, сопряженного с возможностью трансформации в реакцию дистресса с риском развития той или иной патологии.

Первый месяц жизни, или период новорожденности, соотносится с началом недифференцированного восприятия своего Я. В нем особое значение имеют первые дни жизни ребенка, которые характеризуются феноменом импринтинга Конрада Лоренца, или феноменом «запечатления». Речь идет о первом контакте новорожденного, зрительном контакте с человеческим лицом, в первую очередь с матерью. Считается, что этот контакт является фактором, во многом определяющим все дальнейшее психическое развитие ребенка.

Следующий сенситивный этап периода новорожденности — возраст 3—4 недели. Он называется также периодом первичного социального поведения в виде зрительного контакта с окружающим миром. Этот период характеризуется выработкой первичных положительных и отрицательных ощущений и представлений об окружающем мире.

Критический период, относимый к возрасту 6—8 месяцев, определяется началом дифференциации чувства Я, индивидуализации Я, а также началом формирования первичной привязанности, избирательной «улыбки» и элементарных социальных предпочтений.

Критический период в возрасте 15—17 месяцев определяется появлением первичной мотивации поведения, обусловленной преимущественно витальными потребностями организма, а затем и вторичной мотивации, характеризующейся ориентировкой на оценку поведения окружающими и постепенной идентификацией положительного поведенческого опыта с одобрением его близкими ребенку людьми. В рассматриваемый критический период появляются описанные особенности, но их формирование в его пределах, естественно, не заканчивается и их развитие продолжается и в более старшем возрасте. Необходимо также отметить, что в 15—17 месяцев происходит интенсивное созревание клеток коры головного мозга (оно начинается с 28 недели беременности и продолжается до юношеского возраста — 18—20 лет). Этому соответствуют и существенные перестройки биологических мозговых ритмов, что отражается на электроэнцефалографических характеристиках.

Последний критический период раннего онтогенеза, как уже указывалось, относится к возрасту 2,5—3,5 лет. Он определяется как период формирования самосознания, полного обособления Я и индивидуальности. На этом этапе ребенок уже имеет не только положительный, но и отрицательный опыт взаимоотношений с окружающим миром, с переживанием чувства угрозы, тревоги, вины и пониженного настроения. Но наиболее знаменательным для этого периода являются изменения, связанные с переходом от полной и частичной симбиотической связи с матерью до ощущения самостоятельности. Не случайно этот период иногда называют «революционным» и «первым пубертатным кризом».

Дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием (многих внутренних и внешних факторов (генетических, биологических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочетании и взаимодействии. В числе основных может быть названа резидуальная органическая церебральная недостаточность, которая определяется понятием «минимальной мозговой дисфункции». При конкретизации этих факторов в отношении раннего детского возраста обращают внимание на особенности темперамента, соматическую и органическую церебральную патологию, комплекс эмоциональных привязанностей, депривацию (в том числе частичное сиротство — смерть «одного из родителей, развод).

Фактор темперамента начинает действовать и определяется с 1-го месяца жизни ребенка. Выделено 9 составляющих темперамента: активность, ритмичность (цикличность), чувствительность (реактивность), интенсивность, подвижность, коммуникативность, адаптивность, настроение, внимание (его объем). Каждая из этих характеристик определяет различное поведение и реакции ребенка в любой жизненной ситуации. По типу реакций младенца при исследовании темперамента можно определить группу так называемых трудных детей, которые предрасположены к психическому дизонтогенезу [Thomas A., Chess S., 1982].

К органическим факторам возникновения дизонтогенеза традиционно относят церебральную патологию, структурные, т. е. органические поражения мозга и функциональные нарушения мозговой деятельности. Но при последних допускают наличие «мягких» органических признаков. Именно в этом случае говорят об уже упоминавшейся минимальной мозговой дисфункции.

Последние два фактора дизонтогенеза — комплекс эмоциональной привязанности и депривации по существу являются психосоциальными и тесно между собой связаны. Возникающая с первых часов и дней жизни новорожденного связь между ребенком и матерью оказывает решающее влияние на формирование всех других связей и привязанностей и их различную эмоциональную глубину, которые во многом определяют психологическую реактивность и поведение индивида в течение всей жизни.

Депривация может быть полной и частичной, сенсорной и эмоциональной. Но в любом из вариантов она оказывает большое влияние на психическое развитие ребенка, приводя к его нарушению, т. е. дизонтогенезу.

Созревание тех или иных структур мозга очень четко подчинено тому, что в данный момент требуется ребенку. Эти связи обеспечивают первое самое главное - запуск ритмологии ребенка в буквальном смысле этого слова. Ещё начиная внутриутробно и до 3-х лет ребёнок отрабатывает прежде всего свои сенсомоторные проблемы. Без внешнего объекта у ребенка ничего не запустится. Внутриутробно ребенком усваивается, присваивается и запускается его ритм в ответ на внешние ритмы, т.е. то, что есть у мамы (сердце, кровь и т.д.). И вот тут может начаться столкновение интересов. В нашей коррекционной программе – первоочередная задача подчинить ребенка своему ритму, внести ему этот ритм, по которому он будет жить, четко отслеживая в дальнейшей коррекционной работе, как он реагирует на тот ритм, который ему был задан, и вносить коррективы в скорость, в темп, в смену событий, подстраиваясь, адаптируя этот ритм к возможностям ребёнка. Ведь ритм является базальным уровнем времени.

Исследованиями этологов доказано, что ритм сердца мамы запускает ритм ребёнка. Мать и ребёнок во сне обмениваются звуками, которых никто не слышит, они их только чувствуют. Она чувствует своего ребёнка, где бы он ни был, потому что там, ещё внутриутробно, а потом на первых этапах жизни происходит одновременный обмен сигналами и у матери и у ребёнка.

Когда мама его держит на левой руке, он к ней повернут своим правым ухом - это левое полушарие. Это основа функциональной асимметрии мозга. На этом уровне – это только функциональные предпосылки асимметрии мозга, но этот важный этап часто бывает пропущен.

Разворот пространства от нуля (внутриутробно) через 45, 90 градусов (ребенок сел, пополз, встал, пошёл, начал поворачиваться) к 360 градусам начинается в том момент, когда ребенок начинает проходить по родовым путям, но самое главное запуск этого разворота происходит в тот момент, когда ребенок выходит в этот мир и попадает из невесомости под силы гравитации. Запускается не только ритм и биохимическая его организация, но и гормональная, вегетативная и т.д. У ребёнка происходит резкий скачок работы стволовых образований.

Коррекционный процесс в каждом случае должен начинаться (как минимум) с уровня предшествующего несформированному или поражённому. Причём чем глубже дефицит, тем более нижний уровень избирается в качестве коррекционной мишени. Даже в относительно простых случаях в коррекционной программе должны присутствовать методы психологического воздействия на все иерархические ступени. Только удельный вес их будет меняться в зависимости от степени выраженности и структуры дефекта.

Каждый этап онтогенеза должен быть не просто пройден, но и упрочен и вовремя отторможен нейропсихосоматической системой ребёнка, его телом в движении, так как именно степени свободы сенсомоторной актуализации заложат основу для дальнейшего наращивания всего психического потенциала.

ВСТУПЛЕНИЕ

В настоящее время наблюдается увеличение числа детей с отклонениями в психическом развитии. Это учащиеся массовых школ. У них не выявляется грубой патологии и их развитие в пределах нижненормативных границ, но проблемы их обучаемости подчас практически неразрешимы.

Заметно увеличивается количество коррекционных классов, всевозможных реабилитационных центров и консультаций. Специалисты утверждают, что традиционные общепринятые психолого-педагогические методы во многих случаях перестали приносить результаты и в процессе обучения, и в процессе направленной коррекции. Как правило, за тем или иным фасадом обнаруживается обилие симптомов, (разноплановых по своему происхождению), каждый из которых претендует на право считаться первичным. То есть в нынешней детской популяции актуализируются механизмы отклоняющегося развития, не позволяющие эффективно воздействовать на тот или иной дефицит психической деятельности ребёнка непосредственно, по типу «симптом-мишень». Между тем дети стали более агрессивными, у них постоянно конфликты с окружением, они двигательно расторможены, с дефицитом внимания, резко возросли случаи леворукости, они демонстрируют очевидную склонность к «аномальному» поведению, и т.д.

При этом, как правило, каждый из специалистов выявляет то, что непосредственно относится к сфере его профессиональных интересов. В этой связи проблема междисциплинарной квалификации характера и типа отклоняющегося развития (а, следовательно, тактики и стратегии коррекции) становится и практической, и теоретической, и методологической. Проблема отклоняющегося развития может быть решена только в рамках системного подхода. Иными словами, всё перечисленное выше (казалось бы, не связанное друг с другом) должно быть рассмотрено как составляющая единой структуры, в основе которой лежат универсальные нейробиологические и социо-культурные механизмы развития.

Научно-практическая новизна программы состоит в системном подходе к коррекции психического развития ребёнка, в котором когнитивный и двигательный методы применяются в иерархизированном комплексе и взаимодополняют друг друга.

Разработанная система коррекции для таких детей не только коррекция, это система их развития. Система, новых адаптивных возможностей человека, которая способствует дальнейшему гармоничному всестороннему развитию личности. Этот метод позволит ребёнку быть более успешным во всех его проявлениях, и в плане подготовки к школе, и для процесса обучения, и в дальнейшей его жизни.

АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ

Поскольку в настоящее время наблюдается всё большее количество детей с системными нарушениями, подход к коррекции таких детей должен быть также системным.

Упражнения, приводимые в методике, предлагаются ребёнку в определённой последовательности – в соответствии с закономерностями нормального онтогенеза.

Предлагаемые движения при их правильном выполнении и с соблюдением последовательности развития ребёнка в младенческом возрасте становятся основой для более сложных моторных комплексов.

Воздействие на сенсомоторный уровень с учётом общих закономерностей онтогенеза вызывает активацию в развитии всех высших психических функций, прорабатывает взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности. Ведь актуализация и закрепление любых телесных навыков востребует извне такие психические функции как эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т.д. Следовательно создаётся базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями. Последующее включение когнитивной коррекции, также содержащей большое число телесно-ориентированных методов происходит с учётом динамики индивидуальной или групповой работы.

И, наконец – в групповую работу постепенно включаются занятия на расширение адаптационных возможностей, на развитие коммуникативных навыков и на формирование положительной оценки себя и своих способностей. Дети учатся выражать свои эмоции и распознавать эмоции других людей, вежливо

относиться друг к другу. На занятиях у детей формируются навыки и умение выходить из опасных ситуаций, противостоять влиянию сверстников, строить здоровые дружеские отношения, преодолевать стрессы и общаться с взрослыми.

НАУЧНАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ

Методологически программа опирается на современные (по А.Р.Лурия) представления о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации психических функций в онтогенезе (прежде всего, в ракурсе теории о трёх блоках мозга), учение Л.С. Цветковой о нейропсихологической реабилитации; принцип «замещающего онтогенеза» (А.В. Семенович, Б.А. Архипов).

Методически – на адаптированный вариант базовых нейропсихологических, телесно-ориентированных, этологических, театральных и иных психотехник применительно к детскому возрасту. Модифицированный вариант методики используется в детском нейропсихологическом центре «Добрые руки» при МУ ЦРЛ «Оптиум – классик» внутригородского муниципального образования Чертаново Центральное ЮАО г. Москвы.

ПРАКТИЧЕСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ

Нейропсихологическая психомоторная коррекция представляет собой трёхуровневую систему. Каждый из уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия и направлен на все три блока мозга.

1-й уровень – «уровень стабилизации и активации энергетического потенциала организма». Методы 1-го уровня направлены, прежде всего, на элиминацию дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга.

2-ой уровень – «уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром». Методы 2-го уровня направлены на стабилизацию межполушарных взаимодействий и специализации левого и правого полушарий.

3-й уровень – уровень произвольной саморегуляции и смыслообразующей функции психических процессов. Методы 3-го уровня направлены на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга.

В коррекционный процесс поэтапно включены упражнения 1-го, 2-го и 3-го уровней, однако удельный вес и время применения тех или иных методов варьируются в зависимости от исходного статуса ребёнка. Чем глубже дефицит, тем больше внимания и времени уделяется отработке 1-го уровня, с постепенным переходом к следующему уровню. Автоматизмы 2-го уровня ассимилируются в программы 2-го и 3-го уровней в качестве составляющей любого из упражнений. Коррекционные занятия проводятся с привлечением групповых и игровых факторов (3-й уровень).

Соответственно применение методов разного уровня требует продуманной стратегии и тактики, основанной на дифференциально-диагностической нейропсихологической квалификации недостаточности, имеющейся у ребёнка.

НАЛИЧИЕ МЕЖПРЕДМЕТНЫХ И ВНУТРИПРЕДМЕТНЫХ СВЯЗЕЙ

Системный подход к коррекции психического развития ребенка диктует необходимость включения в программу смежных методов. Межпредметные связи с педагогикой, логопедией, нейрофизиологией, возрастной психологией, этологические психотехники, используемые в детском возрасте, позволяют расширить рамки воздействия, оказываемого на развитие ребенка. Они помогают установить контакт с

детьми, выбрать наиболее оптимальные методы коррекции, обучения и воспитания ребёнка, предупредить аномальное развитие его личности.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ:

1. Воздействуя на сенсомоторный уровень с учётом общих закономерностей онтогенеза активизировать развитие всех высших психических функций (ВПФ).
2. Расширение адаптационных возможностей, развитие коммуникативных навыков и формирование у детей положительной оценки себя и своих способностей.
3. Формирование умений выходить из опасных ситуаций, противостоять влиянию сверстников. Помочь ребёнку обрести сопротивляемость склонности к негативному и вредному поведению.

Цели 1-го уровня: стабилизация и активация энергетического потенциала организма (подкорковых образований). Повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов. Формирование базовых составляющих произвольной саморегуляции.

Задачи: оптимизация общего тонуса тела, проработка «проблемных зон». Развязывание синкинезий. Расширение полей зрительного восприятия. Формирование сенсомоторных взаимодействий.

Цели 2-го уровня: формирование операционального обеспечения психических процессов. Оптимизация и коррекция сенсомоторных взаимодействий. Формирование базовых составляющих произвольной саморегуляции.

Задачи: формирование сенсомоторных взаимодействий. Формирование пространственных представлений. Развитие целостного образа тела. Освоение внешнего и телесного пространства. Развитие зрительно-моторной координации. Развитие ловкости, меткости.

Цели 3-го уровня: формирование смыслообразующей функции психических процессов и произвольной саморегуляции. Развитие ВПФ.

Задачи: ритуалы, правила игры и роли. Развитие памяти, внимания, логического и образного мышления. Причинно-следственные отношения. Последовательность. Произвольное внимание. Развитие навыков сотрудничества и коммуникативных навыков. Формирование новых полезных умений.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКТОВАНИЯ ГРУППЫ

Программа представляет собой цикл занятий для детей, имеющих те или иные проблемы, мешающие их адаптации в социуме, но в целом по уровню их развития близкие к здоровым сверстникам или демонстрирующие нижнюю границу «нормы». С наиболее часто встречающимся вариантом дизонтогенеза (с функциональным дефицитом стволково-подкорковых образований мозга, функциональным дефицитом правого полушария, межполушарного взаимодействия и функциональной несформированностью височных и лобных отделов мозга). Это дети с учебной и поведенческой дезадаптацией, с трудностями в освоении чтения, письма, счёта, с несформированностью пространственных представлений, сниженными функциями памяти и внимания, с общей моторной неловкостью, неустойчивостью и истощаемостью нервных процессов, сниженной общей работоспособностью, двигательной заторможенностью и расторможенностью, повышенной откликаемостью и отвлекаемостью, снижением интеллекта, невозможностью самоконтроля и прогнозирования ситуации. Дети с эмоционально - личностными отклонениями, спонтанным поведением, а

также имеющие характерологические особенности. Дети склонные к частым заболеваниям, аллергическим проявлениям, элементам логоневроза, дизартрии, тикам и навязчивым движениям. С несформированностью элементарных навыков, с социальной депривацией. Перед переводом во вспомогательные детские учреждения или на индивидуальное обучение.

Занятия проводятся в интересной игровой форме. Подбирается индивидуальная продолжительность и вид занятий в зависимости от имеющихся проблем у ребёнка. Занятия могут быть как индивидуальные, так и групповые. Это зависит от особенностей ребёнка и коррекционных задач, которые ставит перед собой психолог.

Первая часть коррекционной программы рассчитана примерно на 4 - 5 мес. (1 - 2 раза в неделю) при ежедневном выполнении упражнений дома с взрослым. Присутствие родителей на занятиях является обязательным. Вторая часть рассчитана на 2,5 месяца.

Оптимальный состав группы 4-6 человек. Такое количество детей позволяет в полной мере осуществить принцип индивидуального, и группового подхода, использовать сильные стороны каждого ребенка.

ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ АПРОБАЦИИ

Программа апробировалась на базе ДГП № 82 ЮАО г. Москвы в период с 1999 – 2002г., Детском нейропсихологическом центре «Добрые руки» при МУ ЦРЛ «Оптиум – классик» внутригородского муниципального образования Чертаново Центральное ЮАО г. Москвы с 2002 – 2007 год, ЦПМСС «Взаимодействие» ЮАО, ЦППРИК «Тверской» ЦАО г. Москвы, в ряде ПМС Центров г. Екатеринбурга и показала высокую разрешающую способность.

ОГРАНИЧЕНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

В этом методе много упражнений на активизацию подкорковых структур, глазодвигательных упражнений, дыхательных упражнений, у детей с эпилепсией, эпи-готовностью (хотя это может быть псевдоэпилепсия) – надо быть осторожными, т.к. можно спровоцировать приступы, ухудшение. Необходимо контролировать, следить за ребёнком в процессе коррекции. Вести ребёнка совместно с неврологом.

Противопоказания. Дети с серьёзной сердечной недостаточностью.

ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА

Двигательное развитие ребёнка в младенчестве должно проходить в правильной последовательности.

Рождение ребёнка. Ребёнок проходит родовые пути.

Ребёнок лежит на спине.

Поворачивается на один бок, на другой, на живот.

Ползает по-пластунски.

Поднимает руки, упирается.

Поднимает голову и охватывает пространство.

Садится.

Ползает на четвереньках.

Встаёт, сначала с помощью рук, потом без.

Начинает ходить сначала с помощью взрослого, а затем самостоятельно.

Если ребёнок развивается, не нарушая этой последовательности, то правильно пройденные этапы двигательного развития запускают ряд важнейших механизмов. Кроме того, позволяют ребёнку без искажений воспринимать пространственную сферу.

Конкретному определённом возрасту соответствуют определенные двигательные навыки. До периода ползания ребенок должен научиться не только держать голову, и удерживать её в равновесии во множестве разных положений, но и переворачиваться с живота на спину и обратно, опираться на руки.

В полтора-два месяца ребенок в норме удерживает голову. Причем не только поднимает ее в положении лежа на животе, но и подтягивает ее к своей груди, когда находится на руках у матери. Это один из первых произвольных навыков, необходимых для начала формирования вертикальной оси тела (из лежащего в горизонтальной плоскости малыш к концу первого года жизни превратится в уверенно стоящего и ходящего).

Одновременно начинает формироваться опора на руки. В положении на животе ребенок до 2-месячного возраста должен опираться на локти, а к 3 месяцам - и на раскрытые ладони. Этот навык необходим для освобождения рук - они понадобятся для дальнейшего движения, удержания веса тела на одной руке в период формирования переворотов, сидения и ползания.

Далее ребенок научается переворачиваться и активно крутиться в положении лежа. Со спины на живот и с живота на спину. Обычно это происходит в 4-5 месяцев. Теперь он может перемещаться в пространстве (на кровати или на полу) и наконец-то дотянуться до интересной игрушки.

Затем ребенок начинает вертеться в положении на животе вокруг пупка. Навык нужен для формирования ползания сначала по-пластунски, а затем уже и на четвереньках.

В положении на пупке малыш может одновременно поднимать руки и ноги "самолетиком". Эти навыки, приобретаемые в 5-6 месяцев, говорят о дальнейшем правильном формировании вертикальной оси тела и подготовке мышц к ползанию, сидению и прямохождению.

Следующий этап - раскачивание на четвереньках. Ребенок опирается на колени и ладони, пытается начать движение, но мышцы пока еще плохо слушаются его. Поэтому движения получаются только качательные, а иногда ползком назад. Ползание необходимо как для освоения нижнего поля зрения, так и для правильных скоординированных действий нижней и верхней половины тела, для поочередного включения правого и левого полушария головного мозга. До ползания площадь окружающего пола была очень мала. Она чуть увеличилась после того, как малыш научился переворачиваться. И вот горизонт еще более расширяется, а кроме всего прочего мир перестает быть плоским, он превращается в трехмерный. У предметов появляется высота. В это же самое время малыш начинает произносить звуки для того, чтобы общаться, а не только звать на помощь и гулить, пробуя свои способности управления языком.

Ребёнок осваивает пространство, сначала пространство собственного тела – ползает, двигается. И не только «право-лево, верх-низ», а пространство, как ту среду, которая его окружает.

Лёжа на спине, ребёнок видит потолок и может оценивать пространство по горизонтали. Лежит на животе и, поднимая (опуская) взгляд вверх - вниз способен оценивать пространство по вертикали. Голова теперь совершает движения изолированно от тела, а не вместе с ним.

Когда ребенок садится, руки у него свободны, и он начинает манипулировать предметами. И далее новое освоение пространства - перевороты вокруг своей оси через постепенное вставание на четвереньки к долгожданному перемещению.

Ползание, помимо общей стимуляции моторных зон (участков коры, отвечающих за регуляцию движений) также способствует улучшению межполушарного взаимодействия - ведь оно требует согласованного движения перекрестных рук и ног (правая рука - левая нога), которые регулируются противоположными

полушариями. Это способствует развитию ассоциативных связей мозга, создает возможность для более полного раскрытия его потенциала.

Также совершенствуется зрительное восприятие - у ребёнка появляется необходимость использовать одновременно оба глаза, и он начинает сводить их вместе.

Благодаря ползанию развивается тактильная чувствительность. С помощью информации от проприорецепторов, (которые сообщают о расположении частей тела относительно друг друга), формируются пространственные представления о собственном теле (схема тела), о соотношении внешних объектов и тела, а значит, также формируется возможность обозначения этих соотношений словами, понимание и употребление предлогов и слов, правильное восприятие сложных речевых конструкций - пространственно-временных, причинно-следственных. Ориентация в пространстве закладывается, прежде всего, на этапе ползания. Благодаря этому способу передвижения, формируются предпосылки для освоения грамматики родного языка.

Ползание также является профилактикой проблем с чтением и письмом. Если недостаточно развита координация движений, работа каждого полушария в отдельности и межполушарное взаимодействие, у младшего школьника возможны проблемы при письме. У него будет грязь в тетрадках, плохой почерк. Многие дети, имеющие дислексию и дисграфию, пропустили стадию ползания.

Если ребенок не осваивает этот важный этап физического развития, будет пропущен и важный этап развития мозга. Если развитие ребёнка происходило с искажением, пространственные связи им были освоены не в полной мере, то и восприятие пространства будет искажено. Начинается это искажение на самом раннем этапе, этапе рождения. А у некоторых детей и внутриутробно. Не запускаются целые схемы, которые должны были запуститься.

Ребёнок долго лежит на спине, не поворачивается. Затем он как-то очень быстро повернулся, сразу сел. Потом через очень короткое время встал. Мало поползал и по-пластунски, и на четвереньках. Получается, что некоторые этапы ребёнок просто не проходит, он их игнорирует.

У ребёнка при этом имеется тоническое напряжение – гипер- или гипотонус, он ходит на мысочках. Ребёнок всё время стремится сбросить это напряжение, но оно сохраняется у него до 5, 8 и даже до 10 лет. А в некоторых случаях и до более позднего возраста. Такой ребёнок очень травматичен.

При копировании специально разработанных геометрических фигур, ребёнок также странным образом всё искажает. Некоторые рисунки даже невозможно узнать. Например, он может переворачивать рисунок на 90 градусов. Эта же фигура может быть перевернута и на 180 градусов. Могут быть слепки из частей фигуры, фрагментарность так называемая хаотичность восприятия. Ребенком может игнорироваться левая сторона поля, часты структурно-топологические ошибки.

И если ребёнок так воспринимает, так считывает окружающий мир, так его «видит», то он такой мир искажает. Поэтому у такого ребёнка могут быть, например, дисграфии - в 6 -7 лет он пишет → «б», «д», «р» – не в ту сторону.

Далее возникает целый ряд феноменов. Если искажается двигательная сфера - искажается и речевое развитие. Ребёнок может не говорить до 3-х лет, или говорить односложные слова, у него нет фразовой речи, возникает дизартрия.

Таким образом, можно видеть целый ряд проблем, когда из одного следует другое. Если у ребёнка двигательная сфера дефицитарна, речевая сфера дефицитарна, то и эмоциональная сфера тоже будет страдать. А если ребёнок расторможен – у него могут быть неадекватные отношения со сверстниками, с родителями. Если ребёнок слабый, то это может вызвать гиперопеку со стороны родителей, и ребёнок

может стать капризным, и плаксивым. Проблемы будут нарастать, и уже к 9 – 10 годам этот клубок бывает очень сложно распутать.

В своей работе мы начинаем с базовых упражнений, заново выстраивая двигательное развитие ребёнка. На занятиях мы проживаем с ребёнком все те этапы, которые он не прошёл в своём развитии.

ОБЩАЯ СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ:

- I. Ритуал приветствия. Маркировка пространства.

- II. Основная часть. Система двигательного развития ребёнка методом «замещающего онтогенеза» с поэтапным включением всех 3- уровней воздействия.
 1. Инициация рождения. Выполняется один раз перед общим комплексом упражнений.
 2. Дыхательные упражнения. Формирование произвольной саморегуляции. Формирование реципрокной координации.
 3. Развитие двигательной сферы. Формирование реципрокной координации. Развязывание синкинезий глаза – язык – руки - ноги.
 4. Глазодвигательные упражнения. Расширение полей зрительного восприятия. Развязывание синкинезий глаза-язык.
 5. Упражнения способствующие оптимизации общего тонуса тела. Повышение энергетического потенциала.
 6. Релаксация.
 7. Игры и упражнения, направленные на развитие целостного образа тела. Ориентировка в пространстве.
 8. Игры и упражнения, направленные на развитие мелкой моторики.
 9. Игры и упражнения направленные на развитие когнитивной сферы.
 10. Игры и упражнения, направленные на развитие слухового внимания.
Игры и упражнения, направленные на развитие зрительно-моторной координации.
 11. Игры и упражнения, направленные на развитие ловкости, меткости.
 12. Обсуждение занятия, домашнее задание.

- III. Консультирование родителей, домашнее задание.

Инициация рождения.

С 1 по 9 занятие:

Цель: стабилизация и активация энергетического потенциала организма. Повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов. Формирование базовых составляющих произвольной саморегуляции.

Задачи:

1. Маркировка пространства. Маркировка левой руки.
2. Обучение правильному дыханию. Оптимизация газообмена и кровообращения.

Вентиляция всех участков лёгких. Массаж органов брюшной полости. Концентрация внимания. Релаксирующее воздействие.

3. Глазодвигательные упражнения. Прослеживание предмета на различных плоскостях. Расширение объёма зрительного восприятия.

4. Специальные упражнения на растягивание. Мягкое растяжение мышц. Работа с патологическими ригидными телесными установками. Проработка «проблемных» зон (преодоление мышечных дистоний, зажимов). Развитие целостного образа тела. Развитие умения контролировать свой мышечный тонус.

С 10 по 17 занятие:

Цель: Формирование операционального обеспечения психических процессов. Оптимизация и коррекция сенсомоторных взаимодействий.

Задачи:

1. Формирование сенсомоторных взаимодействий.
2. Формирование пространственных представлений. Развитие ориентации в пространстве.
3. Формирование навыков внимания. Развитие шумозащиты.
4. Развитие тонкой моторики рук.
5. Развитие целостного образа тела. Освоение телесного пространства.
6. Развитие ловкости, меткости.
7. Развитие зрительно-моторной координации.
8. Развитие навыков сотрудничества.

С 18 по 23 занятие:

Цель: Формирование смыслообразующей функции психических процессов и произвольной саморегуляции. Развитие ВПФ.

Задачи:

1. Развитие внимания, абстрактно-логического и образного мышления.
2. Развитие переключаемости.
3. Развитие зрительной и слухо-речевой памяти.
4. Развитие навыков сотрудничества. Умение договариваться.
5. Причинно-следственные отношения. Последовательность.
6. Ритуалы, правила игры и роли. Коммуникативные навыки.
7. Формирование программы, постановка цели и задач, способов их выполнения, регуляция и самоконтроль.

На всех этапах предлагаются развёрнутые инструкции, формирующие у ребёнка способности создания собственной целостной и непротиворечивой программы поведения. А в дальнейшем в применении им усвоенного алгоритма для планирования и оценки деятельности других и регулирования собственной деятельности.

Выполнять задания родителям с ребёнком необходимо каждый день, т.к. нерегулярное выполнение заданий не приводит к каким – либо видимым изменениям.

Если у ребёнка есть трудности в выполнении упражнений, психолог сначала помогает ребёнку своими руками, а ребёнок подчиняется пассивно.

С 24 по 35 занятие:

Цель: обучение детей навыкам безопасного поведения, навыкам сохранения жизни, здоровья и психологического благополучия в разных ситуациях.

Задачи: расширение адаптационных возможностей, развитие коммуникативных навыков и на формирование положительной оценки себя и своих способностей. Выработка умения выражать свои эмоции и распознавать эмоции других людей, вежливого отношения друг к другу. Формирование навыков и умений выходить из трудных ситуаций, преодолевать стрессы, противостоять влиянию сверстников, строить дружеские отношения.

1. Темы: «Я». «Моя семья». Помочь детям лучше понять свою неповторимость, способствовать формированию позитивного представления о себе. Помочь ребёнку почувствовать свою принадлежность к своей семье.

2. Тема: «Умение слушать». Помочь детям научиться различать хорошее и плохое. Умение слушать, понять, что значит «уметь слушать», отработать навыки слушания.

3. Тема: «Дружба». Что такое дружба, друг, определение того, какие умения нужны, чтобы завязать дружбу. Почему нужен друг? Что нужно, чтобы знакомство перешло в дружбу? Формирование представления о необходимости поддерживать дружеские отношения, прилагать какие-то усилия для их развития. Обсуждение возможности разрыва дружеских отношений. Обсуждение умений, необходимых для переживания стресса, связанного с потерей друга.

4. Тема: «Общение». Дать представления о различных видах общения и основах правильного общения.

5. Темы: «Что мне полезно, что мне вредно». «Вредные привычки». Помочь детям научиться различать, что им полезно, что им вредно. Познакомить детей с некоторыми вредными последствиями вредных привычек.

6. Тема: «Съедобное и несъедобное». «Что можно и что нельзя пробовать». Научить детей различать, что можно и что нельзя пробовать на вкус, научиться правильному употреблению лекарств и отказу от неправильного их употребления.

7. Тема: «Кому я могу доверять, к кому обратиться за помощью». Помочь детям определить тех людей, которым они могут доверять в разных ситуациях, к кому могут обратиться за помощью.

8. Темы: «Опасность». «Действие имеет последствия». Научить детей избегать опасных ситуаций. Научить детей оценивать последствия, прежде чем принимать решения.

9. Тема: «Умение отказываться». Научить детей отказываться в ответ на предложение сверстников или взрослых сделать что-то, что для них вредно или опасно. Обсуждение проблем, возникающих при общении с взрослыми, поиск возможных путей решения этих проблем, отработка умения вставать на чужую точку зрения.

10. Тема: «Эмоции». Познакомить детей с разнообразием испытываемых людьми эмоций (чувств), помочь им научиться распознавать эмоции других людей и выражать свои.

Тема: Как справиться с неприятными эмоциями (со стрессом). Научить детей некоторым способам совладания с негативными эмоциями (злостью, тревогой, раздражением), со стрессом.

11. Тема: «Права человека на уверенность в себе». Знакомство с правами человека на уверенность в себе, отработка умения разбирать ситуации, оценивая своё ошибочное суждение, ведущее к неуверенности.

БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ КОМПЛЕКСА РАСТЯЖКИ

Работа с мышечными дистониями, патологическими ригидными телесными установками.

Наиболее частый диагноз, который ставит врач невролог ребенку первого года жизни это синдром двигательных расстройств или нарушение мышечного тонуса или синдром мышечной дистонии.

Синдром двигательных нарушений или синдром мышечной дистонии у новорожденных и детей первого года жизни чаще всего обусловлен гипоксически-ишемической энцефалопатией. Это повреждение головного мозга, вызванное гипоксией (недостатком кислорода, поступающего к тканям) и ишемией (нарушением кровоснабжения тканей, ведущего в свою очередь к кислородному голоданию).

Согласно представлениям современной медицины, любое неблагополучие течения беременности у матери ведет к кислородному голоданию у плода. При этом к факторам высокого риска развития внутриутробной гипоксии плода относятся:

- переносимая беременность;
- длительные (более 4 недель) гестозы беременности;
- многоплодная беременность;
- угрозы прерывания беременности;
- сахарный диабет у беременной;
- кровотечения и инфекционные заболевания во 2 и 3 триместрах беременности;
- тяжелые сопутствующие заболевания у беременной;
- курение или другие виды наркомании у беременной;
- задержка внутриутробного развития плода или другие виды заболевания, выявленные при ультразвуковом или других обследованиях плода.

К факторам высокого риска развития острой гипоксии у плода в родах относятся:

- кесарево сечение (плановое или экстренное);
- тазовое, ягодичное или другие аномальные предлежания плода;
- преждевременные или запоздалые роды;
- безводный промежуток более 24 или менее 6 часов;
- стремительные роды – менее 4 часов у первородящих и менее 2 часов у повторнородящих;
- предлежание или преждевременная отслойка плаценты, разрывы матки;
- использование акушерских щипцов, вакуум-экстрактора или акушерских пособий в родах;
- несоответствие головы плода и размеров таза матери;
- расстройство плацентарно-плодного или пуповинного кровообращения при тугом обвитии, истинных узлах, натяжении очень короткой пуповины, выпадении ее петель;
- аномальная частота сердцебиений у плода;
- меконий в околоплодных водах (зеленые воды) многоводие или маловодие;
- наркотические анальгетики, введенные матери за 4 часа и менее до рождения ребенка;

- общий наркоз у матери.

Таким образом, любой из указанных причин достаточно для возникновения у новорожденного и ребенка первого года жизни тех или иных отклонений в неврологическом статусе.

Одним из проявлений гипоксически – ишемической энцефалопатии является синдром мышечной дистонии. Клинически отмечается переменный мышечный тонус (чередование гипотонии и гипертонуса), патологическая установка кистей («тюленья лапка», «когтистая кисть», «ластовидная кисть») и стоп (пяточные, варусные – опора на наружный край стопы, вальгусные – опора на внутренний край стопы, эквино- варусные – передние отделы стоп повернуты внутрь или эквино-вальгусные стопы – стопы развернуты наружу. Все рефлексы при этом, как правило, не нарушены и симметричны.

Синдром мышечной дистонии может быть с преобладанием гипертонуса т.е. повышенного тонуса или гипотонии – пониженного тонуса. При синдроме мышечной гипертонии чаще всего наблюдается гипертонус нижних конечностей т.е. ног и в меньшей степени верхних т.е. рук. Синдром характеризуется увеличением сопротивления пассивным движениям, ограничением спонтанной двигательной активности. Гипертонус может превалировать в мышцах сгибателях, разгибателях или приводящих мышцах.

Синдром мышечной гипертонии может варьировать от легкого сопротивления пассивным движениям до полной скованности. При преобладании гипертонуса в руках нарушается развитие хватательной способности, при повышении мышечного тонуса в ногах задерживается становление опорной реакции ног, а дальнейшем умению ходить. При гипертонусе разгибателей мышц шеи ребенок запрокидывает голову назад и длительно удерживает ее в таком положении.

Синдром мышечной гипотонии клинически проявляется локальным или диффузным (общим) снижением мышечного тонуса различной степени: от едва уловимой до резко выраженной, а также снижением сопротивления пассивным движениям и увеличением их объема.

Еще одной разновидностью синдрома двигательных нарушений является асимметрия мышечного тонуса. Мышечный тонус в одной стороне тела может быть выше, чем в другой. Иногда при этом тело может быть изогнуто дугой, и голова чаще повернута только в одну сторону. Бывает так, что ребенок начинает переворачиваться только в одну сторону, ползать, подтягивая одну ногу, ставить одну ногу на мысок, а другую на полную стопу.

В дальнейшем у детей с мышечной дистонией может отмечаться темповая задержка статико-моторного развития: дети поздно поворачиваются со спины на живот (после 5-6 месяцев), поздно садятся (после 6-7 месяцев), поздно начинают ходить (после 12 месяцев). Иногда отмечается нарушение последовательности этапов развития двигательных навыков: сначала ребенок встает и только потом садится или начинает ползать, не умея сидеть. Однако у большинства детей с указанной энцефалопатией, синдромом двигательных нарушений, не всегда удается добиться нормализации мышечного тонуса через специальный массаж и гимнастику.

В комплекс включены упражнения, направленные на оптимизацию и стабилизацию общего тонуса тела. Оптимизация тонуса является одной из самых важных задач коррекции I уровня. Любое отклонение от оптимального тонуса может являться как причиной, так и следствием возникших изменений в соматическом, эмоциональном, познавательном статусе ребёнка и негативно сказываться на общем его развитии.

Ориентируясь на прикладную направленность рефлексорных движений, мы используем возможность полноценной тренировки нервно-мышечного аппарата ребенка, что способствует ускоренному переходу к активным двигательным действиям, стимулированию общего нервно-психического развития ребенка. Наряду

с упражнениями, основанными на врожденных рефлексах, с первых занятий в комплекс включаются упражнения на растяжки для туловища и конечностей. К данной группе можно отнести упражнения на растягивание (пассивная миорелаксация), рекомендуемые детям с мышечным гипертонусом. Они устраняют мышечные «блоки», улучшают эластичность тканей, тем самым способствуя восстановлению амплитуды движений, предупреждая развитие контрактур (тугоподвижности) суставов и нарушение функций опорно-двигательного аппарата. При растяжении спастичной мышцы и ее фиксации в растянутом состоянии усиливается поток афферентной импульсации к спинальным отделам ЦНС, откуда исходит патологическая эфферентная импульсация к данной мышце (однако при длительном растяжении перевозбуждение, возникающее в спинальных центрах ЦНС, сменяется угнетением). Происходит прекращение потока патологической импульсации и нормализация мышечного тонуса. В связи с этим возникают условия для поступления нормальной афферентации в кору головного мозга с проприорецепторов (рецепторов мышц, связок) о положении тела, формировании движений.

При диагональном растягивании, перекрещивании конечностей выравнивается тонус обеих половин туловища, происходит выработка правильного двигательного стереотипа, способствующего овладению навыками ползания, ходьбы с перекрестными движениями конечностей. Некоторые движения оказывают воздействие на вегетативные нервные структуры. Специально подобранные упражнения способствуют регуляции вегетативных нарушений, имеющихся у детей с ПЭП, коррекции патологических изменений, созданию фундамента активной мышечной деятельности.

Одним из эффективных средств, активно применяемых на занятиях с детьми, являются упражнения с большим гимнастическим мячом. Большая поверхность соприкосновения с ладонями и телом ребёнка выступает дополнительным тактильным раздражителем и гармонично распределяет информацию, поступающую ко всем анализаторам (двигательному, вестибулярному, зрительному, кожному). Активное использование мяча способствует нормализации мышечного тонуса, развитию функции вестибулярного аппарата, началу формирования «осевых уровней» (по Б.А. Архипову). Следует отметить, что вестибулярный аппарат из всех структур головного и спинного мозга имеет особое значение в развитии антигравитационных возможностей и равновесия, определяет совершенствование моторики на всех этапах онтогенеза. Начиная с седьмой недели внутриутробного развития, вестибулярный анализатор определяет совершенствование моторики на всех уровнях развития ребенка, оказывает влияние на деятельность всего организма.

Упражнения в висячем положении, для которых характерно плавное растяжение сокращенных мышц под воздействием собственного веса, помогают выявлению и исправлению мышечных «зажимов», снижению повышенного мышечного тонуса, развитию функции вестибулярного анализатора. Кроме того, использование мяча в качестве вспомогательного средства позволяет повысить эмоциональный фон занятий, максимально индивидуализировать процесс коррекции.

Следует отметить, что упражнения в висячем положении головой вниз рекомендуется использовать с осторожностью с детьми, имеющими в клинике гипертензионно-гидроцефальный синдром, во избежание повышения внутричерепного давления и нарастания неврологической симптоматики.

Упражнения с легкой вибрацией на мяче позволяют улучшить внутрилегочное перемещение газов, что способствует снижению отрицательного воздействия перенесенной гипоксии, улучшению легочного кровообращения, крово- и лимфообращения позвоночных дисков. Ритмичные покачивания нормализуют

перистальтику кишечника, сократительную способность мышечных волокон, улучшают кардиальный ритм. Распространение ритмичных колебаний на позвоночник через крестец (при выполнении упражнений в положении сидя) способствует изменению ликвородинамики (внутричерепного давления). Данный физиологический механизм особо значим при наличии в клинике гипертензионно-гидроцефального синдрома.

Одним из эффективных средств повышения мышечного тонуса и развития мышечной силы являются упражнения с использованием утяжелителей, вес которых варьируется в зависимости от функциональных возможностей ребенка и повышается соответственно этапам возрастного развития

Изготовление специального инвентаря не представляет каких-либо технических сложностей и доступно каждому родителю. Разноцветные мешочки с песком, прикрепленные к голени или предплечью с помощью ремешков, резинок — простейшие и безопасные приспособления для отягощения.

Упражнения с утяжелителями, во-первых, стимулируют «посылку» в центр усиленных афферентных сигналов, изменяя тем самым и «ответ» — команду на периферию. Это ведет к включению в работу большего числа мотонейронов и активному выполнению движения; во-вторых, механически препятствуют излишней амплитуде движений. Оказание пассивного сопротивления движению при помощи груза выступает способом адекватного воздействия на ЦНС и опорно-двигательный аппарат ребенка.

Растяжки - система специальных упражнений на растягивание, основанных на естественном движении. При их выполнении в мышцах должно быть ощущение мягкого растяжения. Выполнение растяжек способствует преодолению разного рода мышечных дистоний, зажимов и патологических ригидных телесных установок; оптимизации мышечного тонуса и повышению уровня психической активности. Растяжки выполняются в щадящем режиме, медленно, не рывками.

1-я задача направлена на перераспределение тонического напряжения, так как какие-то группы мышц могут быть расслаблены, а какие-то напряжены.

2-я задача направлена на осознание ребёнком собственного тела.

3-я задача направлена на произвольную саморегуляцию, умение контролировать свой мышечный тонус.

Необходимо научить ребенка адекватно использовать свои ресурсы, которые у него конечны. Специальный комплекс позволяет научить ребёнка чувствовать напряжение, перераспределять его и учиться снимать. Ребёнок должен уметь произвольно напрягать и расслаблять то одну руку, то другую, то одну ногу, то другую. Тогда произойдёт дифференциация, и он будет оптимально расходовать свои силы, будет меньше уставать.

ИНИЦИАЦИЯ РОЖДЕНИЯ

Многочисленными исследованиями установлено, что информация, полученная неродившимся ребенком, фиксируется в его памяти (S. Grof). Эта информация в сочетании с базовой, генетической обуславливают психологические и поведенческие особенности ребёнка. Если она имеет негативное содержание, то появляющиеся особенности могут осложнять жизнь ребёнка, нарушать его взаимоотношения в социальной среде, способствуют вовлечению его в конфликты большей или меньшей степени выраженности.

Можно выделить несколько актуальных проблем, берущих свое начало до рождения человека. Прежде всего, это проблема нежеланных детей. Полагают, что эмоциональные ощущения у еще неродившегося

человека зависят от эмоционального состояния матери. Последнее, в свою очередь, обусловлено ее психологическими особенностями, взаимоотношениями с социальной средой: мужем, родственниками, коллегами и др., а также с социально-экономическими событиями жизни. Все это создает условия для явного или скрытого отвержения своего ребенка, а отсутствие знаний о том, что ребенок хорошо улавливает это отношение к нему, не дисциплинирует мышление родителей и невольно формирует в обществе группу нежеланных людей.

У нежеланных людей, помимо различных отклонений в состоянии здоровья, обнаруживается целый ряд психологических особенностей, которые нарушают их адаптацию в социуме. Они конфликтны, стремятся выделиться, обратить на себя внимание, что является их способом самоутверждения, они склонны к асоциальным поступкам, могут включаться в хулиганские, преступные компании (Matejcek Z. Et al, Захаров А.И. и др.).

Нежеланные дети, прошедшие в лоне матери первую школу ненависти и отвержения, уносят эти чувства с собой и «пользуются» ими с различной частотой и различным эффектом. От этого страдают они, их семья и общество в целом.

К этой проблеме тесно примыкает проблема приемных детей, которые на бессознательном уровне улавливают, что воспитывающая мама не является их биологической мамой. Они встречаются с противоречием между отвержением, испытанным ими в перинатальном периоде, и любовью, которой их одаривают приемные родители. Иными словами, философия жизни, окружающая их после рождения, вступает в противоречие с той, на которой они воспитаны до рождения. Это лежит в основе их внутреннего конфликта, что определяет мышление и неосознанное, провоцирующее поведение, которым они как бы перепроверяют любовь к ним родителей, опасаясь вновь быть отвергнутыми, что делает их трудноуправляемыми и неуживчивыми в семье. Не случайно такие дети, подростки убегают из семей или семьи нередко стараются их пристроить в различные образовательные, воспитательные учреждения. Треть приемных детей демонстрирует другой стиль поведения: любвеобильность до приторности (Verny Т.). Согласно наблюдениям, родители нередко испытывали горькое разочарование в связи с неожиданным поведением своих приемных детей: информация, полученная ими до рождения, оказывалась не корригируемой воспитанием после рождения.

Особой и мало изученной проблемой является формирование сексуальной ориентации людей, которая может быть нарушена чрезмерными амбициозными желаниями родителей получить ребенка определенного пола. Наблюдения совпадают с данными литературы (Cotler М.): если пол неродившегося ребенка не соответствует острым желаниям матери, то у него в последующей жизни обнаруживается поведение, более характерное для человека противоположного пола.

Упражнения, включенные в комплекс «инициации рождения», направлены на запуск телесных механизмов, включающихся в момент рождения, у детей, у которых по каким – либо причинам эти механизмы не были запущены (например, рождение с помощью кесарева сечения), на проработку «травмы рождения» (по С. Грофу), на налаживание механизмов телесного контакта с матерью или со значимым взрослым (дети с проблемами обучения часто имеют непринимавших матерей), причем, непринятие часто обнаруживается на самом раннем уровне онтогенеза – телесном уровне. Эти упражнения являются ещё и диагностическими и с точки зрения телесного уровня взаимодействия ребенка с мамой и выявляют тот уровень телесного принятия-контакта, на котором находятся мать и ребенок, что можно экстраполировать и

на стиль детско-родительских отношений, и дают необходимую информацию для построения дальнейшего взаимодействия психолога с семьёй.

Как правило, в ситуации гиперопеки телесный контакт матери с ребенком достаточно сильный и предполагает активную роль матери и пассивную ребенка. При непринятии ребенка матерью телесный контакт ослаблен. Ребенок достаточно самостоятелен, но не чувствует поддержки, опоры со стороны матери.

Коррекция детско-родительских отношений не является основной задачей комплекса. Но максимальный коррекционный эффект мы имеем именно в ситуации максимальной включенности и реальной заинтересованности значимого взрослого и принятия им собственного ребенка.

На занятиях мы также даём рекомендации родителям относительно взаимодействий с ребенком, что помогает в нашей дальнейшей совместной работе.