

## Гимнастика активного типа

Современный подход к формированию навыков крупной моторики

**П. Л. Жиянова**, ведущий специалист по раннему развитию,  
**Е. В. Поле**, специалист по двигательному развитию,  
**Т. Н. Нечаева**, специалист по раннему развитию,  
Центр ранней помощи «Даунсайд Ап»

*Если лишить человека возможности набираться опыта или  
делать за него то, что он может сделать сам, он не сможет  
естественно и гармонично развиваться.*

*Лизель Полински<sup>1</sup>*

В словах Лизель Полински очень точно обозначен принципиальный момент развития любого ребенка, в том числе и развития его двигательной сферы. Как помочь развиваться малышу: строить занятия по строго намеченному плану, выполняя вместе с ним то, что он еще не может, а возможно, и не хочет сделать сам, или выстраивать развивающую и приглашающую среду таким образом, чтобы нам, взрослым, оставалось лишь помогать ему и направлять его развитие? От ответа на этот вопрос зависит, если так можно выразиться, философия любого метода, используемого в занятиях с детьми. О том, как создать оптимальные условия, в которых возможности ребенка реализовывались бы наиболее успешно, и пойдет речь в нашей статье, посвященной двигательному развитию детей раннего возраста с синдромом Дауна.



<sup>1</sup> Лизель Полински широко известна за рубежом как автор программ и организатор групп раннего развития РЕКІР. На русском языке вышла книга: *Полински, Лизель. РЕКІР. Игра и движение : более 100 развивающих игр для детей первого года жизни. М. : Тервинф, 2008.*

## Что такое гимнастика активного типа

Прежде всего остановимся на описании современных методов развития крупной моторики, которые принципиальным образом отличаются от методов и приемов, принятых у нас в стране. Речь идет о гимнастике активного типа, являющейся составной частью физиотерапии.

Сразу оговоримся, что за рубежом и в России в понятие физиотерапии (*physiotherapy/physical therapy*) как специальности вкладывается разный смысл.

Существующая в настоящее время более чем в 70 странах мира специальность «физическая терапия» объединяет в себе и физиотерапию в привычном для нас понимании, и лечебную физкультуру, которая в ряде стран носит название кинезиотерапии. Естественно, наряду с реабилитационными подходами, предназначенными для взрослых пациентов, существует детская кинезиотерапия.

Добавим, что большинство используемых в кинезиотерапии методик предполагают активную позицию пациента, будь то взрослый человек или ребенок, и его сотрудничество со специалистом. Иными словами, эти методики и являются отличительной чертой гимнастики активного типа. Примером может служить широко известная Бобат-терапия.

## Использование гимнастики активного типа в занятиях с детьми

Детская кинезиотерапия – это отдельное направление, в котором выделяется работа с детьми раннего возраста, двигательное развитие которых по тем или иным причинам отклоняется от нормального. Особенностью кинезиотерапии, используемой в работе с детьми раннего возраста, является то, что в подавляющем большинстве случаев младенцы нуждаются не в восстановлении, а в формировании двигательных навыков и уже затем – в специальной помощи в их развитии и совершенствовании.

Особо отметим, что работа с детьми базируется на превентивном подходе, позволяющем предупредить или свести к минимуму нарушения, связанные с конкретным диагнозом.

Крайне важно, что принцип активной позиции пациента не утрачивает своей актуальности и в работе с детьми раннего возраста. Использование адекватной мотивации и внимание к личным интересам каждого ребенка позволяют инициировать движения малыша, превращая занятия в увлекательную и веселую игру.

Безусловно, занятия с детьми требуют точного знания особенностей развития при конкретном нарушении и четкого представления о способах предупреждения возможных отклонений.

Приведем несколько примеров.

1. Для развития у ребенка мышц шеи родителям рекомендуется при ношении малыша на руках подойти к предмету, вызывающему у ребенка интерес, и, дав ему время для сосредоточения на этом объекте, начать медленно поворачиваться так, чтобы ребенок, стараясь не выпустить объект из поля зрения, сам поворачивал голову.
2. Для развития у ребенка умения пересекать рукой среднюю линию тела используется игра, во время которой, предлагая игрушку справа и слегка придерживая при этом правую руку малыша, взрослый добивается того, что ребенок, стремясь ухватить интересный для него предмет, тянется за ним левой рукой вправо, совершая движения, характерные для перекрестного движения рук.
3. Третий пример касается развития мышц спины и живота. В данном случае используется игра, во время которой малыш поднимает и опускает ноги сам или с небольшой помощью взрослого. Для этого маме или другому взрослому, ухаживающему за ребенком, предлагается во время каждого переодевания малыша подкладывать под таз ребенка свернутый чистый памперс. Таз и ноги ребенка в этом случае оказываются приподнятыми и ему предоставляется возможность увидеть, заинтересоваться и получить опыт игры со своими ножками.

Во всех приведенных примерах вместо привычных нам манипуляций массажиста, который воздействует на ребенка, поднимая и опуская его ноги, скрещивая руки и совершая совместно ряд других движений, присутствует взаимодействие взрослого с ребенком, позволяющее сохранять активную позицию малыша. Задача взрослых (кинезиотерапевта и родителей) заключается в том, чтобы в процессе общения и совместной игры придавать его телу определенные положения и оказывать ему необходимую физическую поддержку, создавая таким образом условия для совершения того или иного движения или двигательной последовательности. Степень оказания физической помощи ребенку при этом на всех этапах должна быть минимально необходимой и постепенно снижаться от занятия к занятию.

Приведенные выше примеры демонстрируют также, что большая часть подобных упражнений вписана в повседневную жизнь семьи – в уход за ребенком и игру с ним, что позволяет сохранить привычный семейный уклад, не превращая жизнь ребенка в бесконечную череду занятий.

**Использование адекватной мотивации и внимание к личным интересам каждого ребенка позволяют инициировать движения малыша, превращая занятия в увлекательную и веселую игру.**

## Особенности двигательного развития детей с синдромом Дауна

Существующая у ребенка с синдромом Дауна (как и у любого его сверстника) естественная потребность в движении в силу специфических причин имеет ряд особенностей.

Долгое время считалось, что люди с синдромом Дауна хотя и отстают в двигательном развитии, но со временем осваивают все необходимые навыки в обычной последовательности, а отставание развития движений по срокам неразрывно связывалось с задержкой умственного развития. Именно поэтому изучение проблем в области двигательного развития в основном ограничивалось описанием и уточнением сроков освоения такими детьми тех или иных навыков и этапов двигательного развития.

Тот факт, что дети с синдромом Дауна наряду с отставанием в интеллектуальном развитии имеют не менее серьезные проблемы с развитием движений – врожденный гипотонус, недостаточные и однообразные реакции равновесия, сложности с любыми движениями, требующими ротации туловища (ротировать – поворачивать, скручивать), и неправильные образцы движений, – оставался без внимания.

Необходимо отметить, что причинами наличия особого двигательного профиля у детей с синдромом Дауна могут быть не только дополнительные проблемы со здоровьем, такие как врожденные пороки сердца или нарушения зрения и слуха, но и отклонения, относящиеся непосредственно к синдромальным особенностям.

В специальной литературе отмечается, что практически у всех детей с синдромом Дауна присутствует та или иная степень гипотонии, которая, судя по результатам многосторонних наблюдений, практически разрушает афферентную импульсацию<sup>2</sup> от проприорецепторов, расположенных в мышцах и суставах, что негативно влияет на степень необходимой коконтракции<sup>3</sup> и постуральные рефлексы<sup>4</sup>.



Результаты миографии позволили установить, что у людей с синдромом Дауна рефлексы положения практически соответствуют норме, но время ответной реакции (промежуток между началом раздражения и началом реакции) значительно превышает норму.

Следующее затруднение, влияющее на двигательное развитие ребенка с синдромом Дауна, – недостаточная способность стабилизировать положения суставов, что является следствием недостаточной коконтракции мышц. Исследования показывают, что для большинства детей с синдромом Дауна характерна избыточная подвижность (гипермобильность) суставов.

Таким образом, причина сложностей двигательного развития кроется не только в сниженном мышечном тонусе, но и в неудовлетворительном управлении положением различных частей тела, недостаточной координированности движений и однообразии постуральных реакций.

Несомненно, дети с синдромом Дауна стремятся реализовать заложенную природой потребность в движении, но в силу указанных особенностей и недостаточного чувства равновесия их двигательный репертуар, при отсутствии специальной помощи, ограничивается преимущественно симметричными образцами движений с большой площадью опоры, их двигательное поведение отличает статичность и малая вариативность. Кроме того, возникшие в раннем возрасте неправильные двигательные паттерны становятся патологической базой для развития последующих двигательных навыков.

Не следует считать, что двигательное развитие детей с синдромом Дауна характеризуется только отставанием от обычных сроков освоения навыков. Важно понимать, что речь идет о наличии специфических двигательных нарушений, которые существенно меняют двигательный профиль. Развитие детей с синдромом Дауна неравномерно (не сбалансировано), и задержка их двигательного развития значительно, чем задержка интеллектуального развития, что подтверждают исследования, проводившиеся по шкалам Бэйли.

В процессе исследования двигательных возможностей детей с синдромом Дауна возникла необходимость сформулировать гипотезу, которая не только объясняла бы характерные для них нарушения, но содержала бы инструмент для измерения уровня развития каждого навыка и давала возможность оценить общий уровень двигательного развития. В конце 1990-х годов голландский ученый Петер Лаутеслагер, чей метод содействия двигательному развитию детей с синдромом Дауна будет рассмотрен ниже, провел тщательный анализ исследований, связанных с данной темой [1]. Авторы этих исследований использовали семнадцать существовавших к тому времени методов оценки различных аспектов двигательного развития, причем следует отметить, что все использовавшиеся тесты были стандартизированы и рассчитаны на обычных детей.

<sup>2</sup> Афферентная импульсация (из внутренних органов) – ощущение давления, боли, распираания, гуморальные изменения и т. д.

<sup>3</sup> Коконтракция – согласованная одновременная работа мышц агонистов и антагонистов, обеспечивающая фиксацию сустава в нужном положении.

<sup>4</sup> Постуральные рефлексы – рефлексы положения, автоматически регулирующие тонус мышц для поддержания положения тела.

## Кинезиотерапия для детей с синдромом Дауна.

### О методе Петера Лаутеслагера

Петер Лаутеслагер – детский физический терапевт, возглавляющий подразделение голландского института 's Heeren Loo Midden-Nederland, с 1990 года занимается проблемой двигательного развития и специализированной помощи детям с синдромом Дауна.

В результате многолетней научно-исследовательской деятельности П. Лаутеслагер разработал метод оценки и формирования основных двигательных навыков (ОДН) у детей раннего возраста с синдромом Дауна, который в настоящее время стандартизирован и используется физическими терапевтами Нидерландов и ряда других европейских стран.

Сам метод основан на утверждении, что двигательные нарушения, обусловленные наличием у ребенка синдрома Дауна, можно рассматривать как нарушения в системе постурального контроля<sup>5</sup>. Автор этой методики выявил возможность определения уровня двигательного развития ребенка путем измерения наличного уровня постурального контроля.

Целями исследования П. Лаутеслагера были поиск одномерной переменной для измерения уровня постурального контроля и создание удобного для практического использования теста, обладающего высокой степенью надежности и валидности.

Голландский ученый ставил перед собой следующие задачи:

1. Исследование особенностей двигательного развития детей с синдромом Дауна.
2. Изучение и анализ существующих методов содействия двигательному развитию и результатов их использования.
3. Разработка теоретической концепции, позволяющей интерпретировать специфику движений детей данной нозологической группы.
4. Описание надежного и валидного метода, позволяющего оценить уровень развития основных (базовых) двигательных навыков.
5. Разработка метода кинезиотерапии, учитывающего специфику двигательных проблем при синдроме Дауна.

Исследование проводилось в Нидерландах, где в эксперименте принимали участие семьи, воспитывающие детей раннего возраста с синдромом Дауна.

Интересна организация исследования, носящего квазиэкспериментальный характер, что по ряду причин, в том числе и этического характера, позволило избежать создания экспериментальной и контрольной групп. В данном случае учитывать и сравнивать динамику развития детей в периоды занятий и периоды отдыха позволяет использование временного ряда.

По результатам исследования был создан и опробован на практике научно обоснованный и четко структурированный метод содействия двигательному развитию детей с синдромом Дауна в период формирования основных двигательных навыков.

Метод Лаутеслагера, основанный на знании особенностей развития детей с синдромом Дауна, включает в себя методики обследования уровня развития основных двигательных навыков ребенка и составления программы дальнейших занятий с ним.

### Составные части метода ОДН

Метод ОДН применяется в работе с детьми от трех месяцев до трех – четырех лет и предусматривает использование циклов, каждый из которых включает в себя следующие мероприятия:

1. Тестирование с обязательным ведением видеозаписи.
2. Анализ видеоматериалов и определение количественной и качественной оценки уровня развития двигательных навыков.
3. Определение целей терапии и составление для родителей программы содействия двигательному развитию ребенка.
4. Реализация программы силами родителей при консультативной поддержке специалиста.
5. Повторное тестирование, которое одновременно является итогом данного и началом следующего цикла занятий.

### Подробнее о сути метода

В процессе специальных исследований двигательного развития детей с синдромом Дауна П. Лаутеслагер выделил следующие пятнадцать двигательных навыков, которые точно демонстрируют специфику развития постурального контроля и после статистической обработки образовали собой шкалу двигательного развития ребенка с синдромом Дауна:

1. Поднимает ноги, лежа на спине.
2. Поднимает руки, лежа на спине.
3. Поднимает голову, лежа на спине.
4. Опирается на локти, лежа на спине.
5. Переворачивается с живота на спину.
6. Переворачивается со спины на живот.
7. Сидит.
8. Передвигается по опорной поверхности.
9. Ходит вдоль опоры.
10. Стоит у опоры.
11. Встает к опоре.
12. Самостоятельно стоит.
13. Садится из положения лежа.
14. Самостоятельно ходит.
15. Самостоятельно встает.

Процесс развития каждого навыка подразделяется на ряд последовательных уровней (стадий) развития.

В качестве примера рассмотрим один из основных двигательных навыков – способность ребенка сидеть.

На рисунке (с. 17) схематически изображены последовательные уровни развития этого навыка.

На первых двух уровнях (1, 2) ребенок сидит только с дополнительной опорой на руки.

<sup>5</sup> Постуральный контроль – согласованная работа всех систем организма, позволяющая управлять положением тела и его сегментов в статике и динамике.





На уровне 3 его чувство равновесия и сила мышц уже позволяют оторвать от опоры обе руки, но он все еще сидит с согнутой спиной.

На уровнях 4 и 5 ребенок уже умеет самостоятельно сидеть, не опираясь руками, и, кроме того, может выпрямить спину в положении сидя. На четвертом уровне малыш сидит с прямой спиной, а на пятом появляется поясничный лордоз.

Шестой уровень данного навыка отличается от пятого тем, что способность ребенка контролировать положение тела уже достаточно высока для того, чтобы он мог выйти за площадь опоры, потянувшись за игрушкой, а потом вернуться в прежнее равновесное положение. Появляется боковая флексия (сгибание) туловища. Это так называемый функциональный уровень, то есть уверенное владение телом в положении сидя. После освоения последнего уровня предстоит дополнительная работа по автоматизации данного двигательного навыка.

На примере этого же навыка посмотрим, каким образом в ОДН-тесте описывается каждая стадия его развития. Ниже приводится шкала навыка сидения. Подобным образом построены шкалы для всех пятнадцати основных двигательных навыков.

## РАЗДЕЛ 7. Положение сидя (Сидение)

### ИСХОДНАЯ ПОЗИЦИЯ

Посадить ребенка на горизонтальную поверхность без поддержки. Необходимо стимулировать его, чтобы он сидел опираясь на руки, а затем выпрямлял туловище, потянувшись вверх, и переносил вес тела влево или вправо.

### ШКАЛА

0. Вы правильно стимулируете ребенка, но он не демонстрирует ни одного из видов двигательного поведения, описанных ниже.
1. При стимуляции ребенок в течение 5 секунд самостоятельно сидит, опираясь на обе руки.
2. При стимуляции ребенок в течение 5 секунд самостоятельно сидит, опираясь на одну руку.
3. При стимуляции ребенок в течение 2 секунд самостоятельно сидит без опоры на руки. Спина согнута.
4. При стимуляции ребенок в течение 2 секунд самостоятельно сидит без опоры на руки, с прямой спиной, без поясничного лордоза.
5. При стимуляции ребенок самостоятельно сидит без опоры на руки. По мере выпрямления спины появляется поясничный лордоз, который сохраняется в течение 2 секунд.
6. При стимуляции ребенок самостоятельно сидит без опоры на руки. По мере выпрямления спины и переноса веса тела влево или вправо наблюдается четко выраженный поясничный лордоз и сгибание туловища в соответствующую сторону.



### **Количественная оценка уровня двигательного развития**

После анализа зафиксированных на видеозаписи результатов проведенного обследования специалист с помощью соответствующей шкалы может определить актуальный уровень развития навыка и выставить оценку за каждый конкретный навык.

Сумма оценок, выставленных за каждый навык, определяет общую количественную оценку уровня двигательного развития конкретного ребенка, а сравнение этих оценок, полученных в результате регулярных (раз в три месяца) обследований, позволяет судить о динамике двигательного развития малыша.



### **Качественный анализ двигательного развития и составление программы занятий**

Как уже упоминалось выше, тестирование уровня развития основных двигательных навыков не является самоцелью и предполагает использование результатов обследования для дальнейшей стимуляции двигательного развития.

Наличие шкал, представляющих собой подробное описание уровней развития каждого навыка, позволяет не только определить, на каком уровне развития навыка ребенок находится в момент тестирования, но и четко показывает, какой может быть цель следующего цикла занятий.

Обратимся опять к нашему примеру. Составляя отчет о тестировании по разделу «Положение сидя (Сидение)», специалист, опираясь на результаты записанного на видео обследования, фиксирует информацию о текущем/актуальном уровне развития данного навыка. При описании используется формулировка, приведенная в шкале развития навыка. В данном примере это описание уровня 2: «При стимуляции ребенок в течение 5 секунд самостоятельно сидит, опираясь на одну руку».

Используя последовательность развития навыков, приведенную в шкале, специалист подбирает цели последующих занятий. Ими в основном станут следующие уровни развития навыка, в данном случае – обучение ребенка сидению без опоры на руки с согнутой спиной (уровень 3), а затем – сидению без опоры на руки с прямой спиной (уровень 4). Занятия будут, естественно, направлены и на увеличение промежутка времени, в течение которого ребенок может сохранять ту или иную позу.

Все цели, определенные по результатам обследования имеющихся у ребенка навыков, обязательно интегрируются в единую программу занятий, которая, как правило, рассчитана на три месяца. На основании этой программы составляются конкретные рекомендации по развитию двигательной активности ребенка, которые «встроены» в процесс ухода, игры и предполагают выполнение специальных упражнений. Осуществлением этой программы занимаются и родители, и специалист.

Через три месяца проводится повторное тестирование, что, во-первых, дает представление о динамике развития ребенка и, во-вторых, позволяет составить программу работы с ним на последующие три месяца.

Работа, организованная таким образом, помогает структурировать стимуляцию двигательного развития детей с синдромом Дауна.

### **Адаптация и использование метода специалистами ДСА**

В рамках совместного проекта Благотворительного фонда «Даунсайд Ап» (ДСА) и голландского института 's Heeren Loo Midden-Nederland, осуществление которого началось в ноябре 2002 года, Петер Лаутеслагер вместе со своей коллегой Бертом Баккером провел специальный семинар, позволивший всем педагогам Центра ранней помощи обучиться и использовать в работе с детьми новый метод. Кроме того, дальнейшее тесное сотрудничество с голландскими физиотерапевтами позволило трем специалистам ДСА получить в 2007 году лицензию на право преподавания метода доктора Лаутеслагера на территории России и стран ближнего зарубежья.

Хотелось бы пояснить, чем привлек этот метод нас, специалистов службы ранней помощи Благотворительного фонда «Даунсайд Ап», и какие шаги были предприняты для его адаптации к нашей модели психолого-педагогического сопровождения семей.

Данную методику характеризуют и выделяют среди других методик следующие важные моменты:

- Это одна из немногих методик, рассчитанных непосредственно на детей с синдромом Дауна.
- Методика реализует функциональный подход к стимуляции развития детей.
- Методика позволяет оценить динамику развития, а также предлагает качественный анализ двигательных навыков детей с синдромом Дауна, что дает возможность оптимально спланировать работу с ними.
- Основной принцип организации занятий по методу П. Лаутеслагера предполагает активную позицию родителей. Родители – главные люди в жизни ребенка, именно они обеспечивают и уход за ним, и его обучение.
- Методика предусматривает взаимодействие с ребенком, а не воздействие на него.
- Методика направлена на абилитацию ребенка с синдромом Дауна и использует превентивный подход к его двигательному развитию. Значительное место в методике занимают способы предупреждения и коррекции отклонений в двигательном развитии малыша.
- Программа, составленная по данной методике, предполагает сведение к минимуму специальных занятий, поскольку большая часть упражнений отлично вписывается в повседневную жизнь семьи.

Очевидно, что данная методика может использоваться в реабилитационных центрах, где есть узкие специалисты, занимающиеся формированием двигательных навыков. Нам же было важно определить, насколько метод П. Лаутеслагера применим в службе ранней помощи, использующей семейно-центрированные технологии коррекционной работы.

### Особенности семейно-центрированных технологий коррекционной работы

В основе обсуждаемого подхода лежит положение о том, что ребенок должен рассматриваться в контексте семьи. Помощь оказывается семье, и занятия с ребенком проводят его близкие при консультативной поддержке специалиста [2].

Выделяются две основные особенности коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста, живущими в семьях:

1. Раннее начало коррекционно-педагогической помощи ребенку с нарушениями развития создает уникальную возможность для формирования навыков в соответствующие сензитивные периоды, что, в свою очередь, дает возможность малышу следовать естественной логике развития. Такой превентивный подход к коррекционной работе позволяет

воздействовать на первичные нарушения, помогая тем самым избежать появления сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка.

2. Специализированная педагогическая программа реализуется родителями, причем оптимальной является такая организация помощи семье, при которой педагог участвует в создании развивающей среды в качестве эксперта, вырабатывающего специальные рекомендации по уходу за ребенком с учетом всех присущих ему особенностей. Следует подчеркнуть, что при правильной организации развивающей среды лишь небольшая часть обучающей программы реализуется во время специально организованных занятий с ребенком.

**Проведение обследования и анализ его результатов, как уже отмечалось, не являются конечной целью, а служат базой для определения оптимальных условий, в которых потенциал ребенка будет реализован наиболее успешно, а коррекционное воздействие будет направлено на причины нарушений, а не на их симптомы.**

### Системный подход к развитию ребенка

При составлении программы коррекционно-педагогической работы важно придерживаться принципа единства диагностики и коррекции. Проведение обследования и анализ его результатов, как уже отмечалось, не являются конечной целью, а служат базой для определения оптимальных условий, в которых потенциал ребенка будет реализован наиболее успешно, а коррекционное воздействие будет направлено на причины нарушений, а не на их симптомы.

В фокусе работы должен находиться не нарушенный навык, а вся система навыков, свойственная данному возраст-

ному этапу, что позволит создать условия для максимально возможного приближения к логике развития в норме.

Поясним это на примере, еще раз обратившись к навыку «Положение сидя (Сидение)» и рассмотрев на его примере возможности реализации системного подхода к работе с ребенком раннего возраста.

Как и ранее, считаем, что уровень развития сидения соответствует уровню 2: «При стимуляции ребенок в течение 5 секунд самостоятельно сидит, опираясь на одну руку» (см. с. 17).



Обратим внимание на другие стороны развития ребенка в этом возрасте. Его *уровень развития общения и взаимодействия со взрослым* предполагает игры на общение («дай – на», игры на чередование, прятки), а *уровень когнитивного развития* диктует необходимость использования игр, предполагающих умение брать предмет из определенного места (снимать колечки с пирамидки, вытаскивать колышки из доски, стаскивать прищепки с края тарелочки).

Приблизительная программа занятий будет выглядеть следующим образом:

**Первое направление работы:** временное использование оборудования, позволяющего сохранять устойчивую позу сидя.

При синдроме Дауна умение сохранять позу сидя без опоры довольно часто начинает складываться только к году, в то время как к развитию предметной деятельности ребенок бывает готов гораздо раньше. В этом случае стратегия обучения может быть следующей: ребенку оказывается поддержка за счет создания замещающих условий, которые помогают сохранять позу сидя (использование специального кресла с определенным углом наклона спинки, которое позволяет высвободить руки малыша). Ребенку, устойчиво сидящему в кресле, предлагаются интересные и соответствующие уровню его психического развития игры.

**Второе направление работы:** формирование позы сидя по методу П. Лаутеслагера. Ребенка учат сохранять позу сидя без дополнительной опоры на руки, постепенно увеличивая время нахождения в этой позе, что позволяет ему не только сохранять равновесие в данной позе, но и использовать ее для игры.

**Объединение этих двух направлений.** Со временем ребенку, уже умеющему без дополнительной опоры сохранять функциональную позу сидя, предлагаются соответствующие уровню его психического развития игры и задания.

Таким образом, освободив руки ребенка для деятельности и не дожидаясь освоения им устойчивой позы сидя, можно добиться предупреждения вторичных нарушений развития мелкой моторики и предметной деятельности.

## Мотивация ребенка

Успех занятий во многом зависит от учета мотивации ребенка на каждом этапе развития. Так, например, для ребенка первого года жизни наиболее значимой мотивацией является эмоционально положительное подкрепление его действий. Вторым по значимости мотивом в этом возрасте становится

интерес к окружающему миру, который можно обозначить вопросами «Кто это?» и «Что это?». Помимо общей мотивации, характерной для детей определенного психологического возраста, существует личная мотивация, присущая каждому конкретному ребенку.

## Выводы

Включение разработанного П. Лаутеслагером метода содействия двигательному развитию детей с синдромом Дауна в комплексную работу с ребенком позволяет рассматривать двигательное развитие в контексте исследовательской и предметной деятельности, которые являются ведущими в раннем возрасте. При этом не возникает тех сложностей, которые могут появиться, если развитие крупной моторики рассматривается без учета особенностей развития ребенка, его мотивации, сензитивных этапов и ведущих видов деятельности.

Описываемый в данной статье метод предусматривает активное включение в процесс развития ребенка его родителей, что полностью соответствует принципам работы службы ранней помощи, предполагающим взаимодействие с семьей в целом.

Гимнастика активного типа, которую метод использует в качестве кинезиотерапевтического подхода, создает не только хорошие возможности для успешного двигательного развития, но и способствует взаимодействию и общению родителей и ребенка. Такая гимнастика, являясь по сути совместной деятельностью ребенка и взрослого, обеспечивает условия для формирования навыков взаимодействия, а сочетание движений с четко соотнесенными комментариями позволяет развивать глагольный словарь, что в свою очередь ускоряет появление фразовой речи.

Концентрация внимания ребенка и взрослого друг на друге, высокая степень эмоционального подъема инициируют собственные высказывания ребенка.

Программа кинезиотерапии для маленького ребенка с особенностями двигательного развития нацелена не только на обучение двигательным навыкам. Она обязательно держит в поле зрения тот факт, что уровень двигательного развития напрямую связан и с первичной исследовательской деятельностью ребенка, и с его социализацией, то есть включением в обычную жизнь. ОДН-тест дает четкое представление о последовательных стадиях формирования каждого навыка, что позволяет специалистам грамотно составить программу двигательного развития ребенка, а также разработать рекомендации для родителей, включив их в комплексную программу развития ребенка на определенный период.

Помогая ребенку освоить двигательные навыки, кинезиотерапевт вместе с родителями фактически работает над тем, чтобы обеспечить малышу определенный уровень независимого существования, который позволит последовательно научиться всему, что делают обычные дети: сидеть, ползать, ходить, бегать и прыгать, есть, играть, ходить в детский сад и в школу, заниматься спортом и общаться с близкими и друзьями.

## Литература

1. Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. М. : Монолит, 2003. 356 с.
2. Жиянова П. Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи. М. : Монолит, 2006. 288 с.

