

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№7/2018

МЕТОД
ТРАНСЛИНГВАЛЬНОЙ
НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

«НУЖЕН ЛИ
В БОЛЬНИЦАХ
ТЮТОР?»

ПИЩЕВОЕ
ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ

КОНСУЛЬТАЦИЯ
ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ



АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА:

**РЕШАЕМ ПРОБЛЕМЫ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Подписные индексы в каталогах:

№ 7/2018

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120, 39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)



Актуальная тема

Решаем проблемы здоровья детей

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дружиловская О.В. Лечебное питание — поддержка развития детей5

Гигиена

ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКА

Моргуненко С.С. Открытые ставни в прошлое6

Тогулева В.К. Пищевое поведение детей с расстройствами
аутистического спектра14

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Голубникова Л.А. Место, где рождаются таланты.....20

Педиатрия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Колосова Е.Б., Власова Д.В. Тьютор — современный
специалист в области воспитания, помогающий практик.....28

*Жигорева М.В., Власова Д.В., Котельникова А.А., Лемберская Э.Я.,
Майхель А.А., Подолян К.Ю., Селезнева Т.С., Устинова Л.В.*
Нужен ли тьютор в детской больнице?33

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Зглауца О.Г. У ребенка болит живот41

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Янкевич Д.С., Данилов Ю.П., Шевцова Е.Е., Ибрагимова Х.С.
Метод транслингвальной нейростимуляции в комплексной системе
преодоления орально-артикуляционной апраксии у детей43

<i>Медведева О.В.</i> Реабилитация детей с онкологическими заболеваниями.....	49
---	----

КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА

Письмо в редакцию.....	54
------------------------	----

ЛЕКОТЕКА

<i>Суздальцева Л.В.</i> Стимуляция речевой активности детей раннего возраста как основа развития чувства языка	62
--	----

Педагогика

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

<i>Колосова Е.Б., Жукова Е.В.</i> Специфика тьюторского сопровождения художественно одаренных детей с ОВЗ.....	74
--	----

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

<i>Лукашина И.А., Говорушкина Е.А., Шаркова В.А.</i> Развитие коммуникативных навыков и эмоционально-волевой сферы детей с ТНР в рамках творческого проекта	78
---	----

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

<i>Матросова Т.А., Федотова М.В.</i> Нейропсихологический подход к диагностике и коррекции связной речи у дошкольников с ЗПР.....	81
---	----

Актуально!

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ

<i>Гераськин А.А., Богданов М.А.</i> Катамнез пациентов, прошедших курс комплексного лечения в отделении логоневрозов	90
---	----

ГОРЖУСЬ ПРОФЕССИЕЙ СВОЕЙ

<i>Галактионова Е.К.</i> Коррекционная работа с детьми с дисграфией.....	99
--	----

ЛИТЕРАТУРНАЯ СТРАНИЧКА

<i>Шипошина Т.В.</i> Лампа без тени	107
---	-----

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?	27, 72
------------------------------	--------

ПОВЫШАЕМ КВАЛИФИКАЦИЮ	121
------------------------------------	-----

КНИЖНАЯ ПОЛКА	19, 40, 61, 124
----------------------------	-----------------

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ	125
----------------------------	-----

КАК ПОДПИСАТЬСЯ	127
------------------------------	-----

АНОНС	128
--------------------	-----

Редакционный совет

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (Москва).

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (Москва).

Малямова Любовь Николаевна — д-р мед. наук, главный специалист-педиатр Министерства здравоохранения Свердловской обл. (г. Екатеринбург).

Сафонкина Светлана Германовна — канд. мед. наук, доцент, заместитель главного врача Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» (Москва).

Склянова Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения, почетный работник общего образования РФ, директор «Городского центра образования и здоровья «Магистр»» (г. Новосибирск).

Скоблина Наталья Александровна — д-р мед. наук, заведующий Отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Степанова Марина Исааковна — д-р мед. наук, старший научный сотрудник, зав. лабораторией гигиены обучения и воспитания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Чубаровский Владимир Владимирович — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Ямщикова Наталья Львовна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Редакционная коллегия

Боякова Екатерина Вячеславовна — канд. пед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Институт художественного образования и культурологии Российской академии образования», главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Дружиловская Ольга Викторовна — канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Парамонова Маргарита Юрьевна — канд. пед. наук, декан факультета дошкольной педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре», член-корреспондент МАНПО.

Танцюра Снежана Юрьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры психологии и педагогики ГАУ ИПК ДСЗН «Институт переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы», главный редактор журнала «Логопед».

Цветкова Татьяна Владиславовна — канд. пед. наук, член-корреспондент Международной академии наук педагогического образования, генеральный директор и главный редактор издательства «ТЦ Сфера».

Индекс

ГБОУ «Школа № 460 им. дважды Героев Советского Союза А.А. Головачева и С.Ф. Шутова», Москва.....	6	Лаборатория тактильной коммуникации и нейрореабилитации (ТСНЛ) Университета штата Висконсин, США	43
ГБОУ «Школа № 1394», Москва	78	«Лечебно-реабилитационный научный центр "Русское поле"»	
ГБОУ «Школа № 1420», Москва	81	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр	
ГБОУ «Школа № 2005», Москва.....	99	детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д. Рогачева»,	
ГБОУ «Школа № 2051», Москва.....	78	д. Гришенки Чеховского р-на	
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва.....	90	Московской обл.	49
Институт детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва.....	74	Международное творческое объединение детских авторов	107
Кафедра дошкольной дефектологии и логопедии НОУ ВО «Московский социально-педагогический институт», Москва.....	62	Многопрофильный медицинский центр «Альтамед-С», г. Одинцово	
Кафедра логопедии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва.....	81	Московской обл.	41
Кафедра психологической антропологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва.....	28	Московский союз литераторов.....	107
Лаборатория восстановления глотания, фонации и речи ФГБОУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва.....	43	Московское отделение Союза писателей России.....	107
		НИИ Реабилитологии ФНКЦ РР по инновационным технологиям, Москва	43
Богданов Михаил Александрович	90	НКО «Иткоуч», Москва.....	14
Власова Дарья Владимировна	28, 33	ФГБОУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва.....	43
Галактионова Евгения Константиновна	99	ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва	28, 33
Гераськин Алексей Алексеевич.....	90	ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», Москва.....	20
Говорушкина Елена Александровна.....	78		
Голубникова Лилия Андреевна	20	Лукашина Ирина Алексеевна.....	78
Данилов Юрий Петрович	43	Майхель Анна Александровна.....	33
Жигорева Марина Васильевна	33	Матросова Татьяна Анатольевна	81
Жукова Елена Владимировна	74	Медведева Ольга Витальевна	49
Зглавуца Ольга Георгиевна	41	Моргуненко Светлана Сергеевна	6
Ибрагимова Хиджран Самандаровна	43	Подольян Ксения Юрьевна	33
Колосова Елена Борисовна	28, 74	Селезнева Татьяна Сергеевна	33
Котельникова Анастасия Андреевна ..	33	Суздальцева Лариса Владимировна	62
Лемберская Элина Яновна.....	33	Тогулева Валентина Константиновна.....	14
		Устинова Любовь Владимировна.....	33
		Федотова Мария Владимировна.....	81
		Шаркова Вера Алексеевна	78
		Шевцова Елена Евгеньевна	43
		Шипошина Татьяна Владимировна ..	107
		Янкевич Дмитрий Станиславович ..	43

Лечебное питание — поддержка развития детей

Сбалансированное питание жизненно важно для покрытия энергетических нужд организма, затрачиваемых на повседневную деятельность, нормального роста, развития и поддержания иммунной системы детей. Организм здорового ребенка создает запасы энергии и питательных веществ. Они компенсируют недостаточное питание в течение короткого периода. Однако в случае серьезных и продолжительных заболеваний резервов организма недостаточно.

Если ребенок страдает онкологическим заболеванием, потребность в сбалансированном рационе возрастает, поскольку помимо роста и развития, организму необходимо бороться с болезнью и побочными эффектами, связанными с лечебными процедурами.

В ходе лечения дети часто теряют аппетит, а организм утрачивает способность к усвоению из пищи питательных веществ, перестает накапливать их. Отсутствие аппетита — распространенная проблема больных детей, что связано с изменением функционирования организма в результате болезни, эмоциональной реакцией и побочными эффектами терапии. В результате возникают потеря массы тела, слабость и истощение организма. Создается порочный круг: потеря аппетита и снижение веса, с одной стороны и утрата способности организма сопротивляться заболеванию — с другой. Важнейшей задачей является предотвращение этой ситуации.

На страницах журнала мы обсуждаем проблемы состояния здоровья детей со сложными хроническими и рецидивирующими заболеваниями и поддержки данной категории воспитанников, предполагающей организацию лечебного питания.

В ходе лечения могут возникать различные состояния, сопровождающиеся расстройствами пищевого поведения. По окончании терапии, на третьем этапе реабилитации, основная нагрузка на обеспечение адекватного питания ложится на родителей ребенка.

В этом номере журнала вы найдете материал о сопровождении больных детей, в том числе и об организации лечебного питания.

Вопросы лечебного питания будут рассмотрены и в следующих номерах журнала. А на ваши вопросы мы всегда готовы ответить в рубрике «Письмо в редакцию».

Главный редактор О.В. Дружиловская

Открытые ставни в прошлое

Дополнительная общеобразовательная программа для старших дошкольников

Моргуненко С.С.,

*воспитатель ГБОУ «Школа № 460 им. дважды
Героев Советского Союза А.А. Головачева и
С.Ф. ШUTOва», Москва*

Аннотация. В статье представлена дополнительная общеобразовательная программа для старших дошкольников, в которой раскрывается ценностный подход к изучению культуры русского народа для укрепления психоэмоционального здоровья ребенка. Ее содержание включает ознакомление с традициями, предметами быта русского народа, что повышает мотивационную активность детей и улучшает адаптивные возможности психики.

Ключевые слова. Общеобразовательная программа, психоэмоциональное здоровье, мотивационная активность.

Старший дошкольный возраст характеризуется быстрым ростом интеллектуальных способностей ребенка, перестроением всей психической деятельности и формированием социальных отношений. Данные изменения связаны с возникновением психической жизни и внутренней регуляцией поведения. Это время начала развития абстрактных форм мышления.

Желание ребенка согласуется с более значимыми для его развития потребностями, что обеспечивает переход от импульсивного и ситуативного поведения к сознательному. У детей развиваются первые социальные навыки, но при этом основным объектом наблюдения являются родители. Формируются элементы системы адаптации к требованиям социального окружения, психологические защитные механизмы, помогающие справиться с психологическим дискомфортом (тревогой, страхами, сниженным



настроением, эмоциональным переживанием).

В дошкольном возрасте приоритетным становится духовно-нравственное и патриотическое воспитание.

Программа «Открытые ставни в прошлое» по своему содержанию соответствует психоэмоциональным и социальным потребностям старших дошкольников.

Погружение в русскую народную культуру раскрывает для ребенка историческую связь культурного наследия. Восприятию дошкольника предлагается полимодальная сенсорная среда, насыщенная предметами и сюжетами жизни предыдущих поколений. Ребенок испытывает в ней положительные психоэмоциональные переживания. Путешествие в прошлое связывает его с современными социальными условиями. Эмоции ребенка становятся более устойчивыми, насыщенно-положительными, что обеспечивает благоприятную адаптацию к тем или иным социальным условиям.

Цель: укрепление психического здоровья ребенка через ознакомление с бытом, народными традициями и культурными особенностями людей на Руси.

Задачи:

— повышать уровень мотивационной активности в процессе

расширения представлений о народной культуре;
— формировать патриотические чувства и толерантность к людям других национальностей;
— развивать связную речь, нравственные качества личности, эстетическое восприятие;
— обогащать словарный запас.

Направленность программы: социально-педагогическая, здоровьесберегающая. Программа направлена на создание психологического комфорта и условий для самореализации ребенка, обучение, воспитание и развитие.

Реализация данной программы благоприятно влияет на эмоционально-волевую сферу, способствует обогащению активного словаря детей; развитию связной, грамматически правильной диалогической и монологической речи, речевого творчества, звуковой и интонационной культуры речи; опирается на формирование элементарных представлений о видах искусства; восприятие музыки, художественной литературы, фольклора.

Форма и режим занятий: занятия проводятся по подгруппам: для детей 5—6 лет — 25 мин; для детей 6—7 лет — 30 мин.

Ожидаемые результаты освоения программы:

— понимание русского фольклора и его форм, значения в жизни людей на Руси;

- формирование представлений о жизни наших предков (жилище, предметы одежды и быта, язык эмоций, удовлетворение от своей работы, признание народным мастерам);
- приобретение навыков рисования по образцам мастеров народного прикладного искусства, знаний о ведении домашнего хозяйства и распределении обязанностей;
- развитие нравственных качеств личности;
- формирование интереса к истокам русской народной культуры;
- повышение уровня психического и социального здоровья воспитанников.

Формы работы:

- занятия;
- беседы;
- экскурсии для детей и их родителей;
- оформление тематических выставок;
- организация народных, фольклорных досугов.

В ходе реализации программы дети познакомились с разными формами русского народного фольклора, видами прикладного искусства, историей их появления, обычаями и традициями. Ниже представлено тематическое планирование.

По окончании освоения данной программы были проведены викторины, беседы с привлечением родителей и других членов семьи.

Дети с удовольствием рассказывали, чем различаются формы фольклора, вспоминали частушки и русские народные песни. Все хотели стать мастерами, богатырями и, конечно, хозяевами русской избы.

Можно сказать, что наша программа относится к педагогике здоровья, поскольку решает не только образовательные, воспитательные, но и социальные проблемы, позволяет создать благоприятные средовые условия для развития личности ребенка и адаптивных форм поведения.

Тематическое планирование

Тема	Содержание
1	2
<i>Октябрь</i>	
«Приглашаем в гости к нам»	Ознакомление с русской избой, традициями и обычаями семьи, отношениями людей

Продолжение табл.

1	2
«Хлеб — всему голова»	Систематизация знаний о труде хлебороба, о том, как наши предки использовали простейшие орудия труда
«Русская изба»	Развитие творческих способностей при изображении русской избы, передача ее своеобразия и духа русского народа
«Гуси-лебеди»	Развитие памяти, словесного творчества
«Сошью Маше сарафан»	Ознакомление с женской русской народной одеждой
«Золотое веретенце»	Ознакомление с предметами обихода
«Коровушка и бычок»	Ознакомление со скотным двором
«Бычок — смоляной бочок»	Ознакомление со сказкой «Бычок — смоляной бочок», заучивание потешек
Конкурс «Лучший рассказчик»	Развитие памяти, творческих способностей с учетом психоэмоционального состояния детей
<i>Ноябрь</i>	
«Мир старинных вещей»	Продолжение ознакомления с домашней утварью, расширение знаний о старинных вещах
«Русский костюм»	Формирование представлений о частях русского народного костюма, развитие разговорной речи
«Русский народный фольклор»	Формирование начальных представлений о фольклоре, разучивание народных частушек, шуток, прибауток, скороговорок с использованием национальных костюмов
«Бабушкин сундук» («Копилка социального опыта»)	Формирование интереса к русскому народному творчеству, традициям, умения участвовать в совместной игре с другими детьми
«Знаешь ли ты сказки?»	Развитие памяти, смекалки, проведение литературной викторины

Продолжение табл.

1	2
«Гончарные масте- ровые»	Обогащение и закрепление знания названий глиняной посуды, чтение русских народных сказок и их инсценировка
«Дикие животные»	Закрепление знаний о диких животных и сказ- ках, в которых они встречаются
«Что нам осень при- несла?»	Обогащение знаний о народных приметах, ис- пользование песенок, загадок, пословиц
<i>Декабрь</i>	
«Здравствуй, зимуш- ка-зима»	Рассказ о характерных особенностях декабря с использованием народных примет, пословиц, поговорок, разучивание заклички «Ты мороз...»
«Звончатые гусли»	Ознакомление с гусями и гусяром Садко
«Проказы старухи- зимы»	Отгадывание загадок о зиме, снеге, морозе, по- вторение заклички «Ты мороз...», чтение сказки «Проказы старухи-зимы»
«Лиса-обманщица»	Викторина по сказкам, разыгрывание сказки «Лисичка-сестричка и Серый Волк»
«Роспись полотен- ца»	Рассказ о вышивке как о виде искусства, приду- мывание узора, выставка детских работ
«Встреча с были- ной»	Формирование представлений о былине как древней повести, которую пели, разыгрывание сюжета «Гусяр и былина»
«Воинское снаряже- ние»	Обогащение знаний о духе богатырском, фор- мирование положительных личностных качеств на примере героев былин
«Богатыри земли русской»	Закрепление знаний о том, что такое былины, вспоминание имен богатырей
«Коляда — отворяй ворота»	Рассказ о рождественских праздниках и коляд- ках, разучивание колядок
<i>Январь</i>	
«С Новым годом, со всем родом»	Рассказ о традициях празднования Нового года, пение колядок

Продолжение табл.

1	2
«Гуляй да присматривайся»	Беседа о характерных особенностях января, чтение сказки «Морозко»
«Русская красавица»	Побуждение к выражению отношения к образу с помощью слов и цвета, рисование «Русская красавица»
«Русский богатырь»	Изображение русского богатыря (обратить внимание, что по изображению мы можем определить характер богатыря)
«Хороший город Городец»	Рассказ о городе Городец, городецкой росписи, пение частушек, составление узоров на готовых формах
«Городецкая роспись»	Закрепление знаний о городецкой росписи, выставка работ
<i>Февраль</i>	
«Гуляй, честной народ!»	Беседа о характерных особенностях февраля, чтение сказки «Мороз, солнце и ветер», инсценировка ее отрывка
«Сказка для Кузи»	Самостоятельное рассказывание детьми сказок, словесная игра «Аюшки»
«Письмо Нафане»	Составление детьми письма другу домового Кузи
«Ой, ты, Масленица!»	Рассказ о русском народном празднике Масленица, пение обрядовых песен
Уличные гуляния	Обогащение знаний о народных играх, игры на свежем воздухе
«Что такое балаган?»	Обогащение знаний о скоморохах и их значении на Руси, конкурс «Лучший скоморох»
«Русские народные инструменты»	Обогащение знаний о балалайке и дуде, беседа на тему «Какой инструмент тебе по душе?»

Продолжение табл.

1	2
<i>Март</i>	
«Значение цветов на Руси»	Ознакомление с комнатными цветами, помощь в их посадке
«Нет лучше дружка, чем родимая матушка»	Беседа о маме, изготовление поделок в подарок маме
«Мудреному человеку и счастье к лицу»	Ознакомление со сказкой «Семилетка», отгадывание загадок
«Гуляй да вокруг смотри»	Беседа о характерных признаках начала весны, разучивание заклички о весне
«Весна, весна, пойдись сюда!»	Пение закличек о весне, словесное упражнение «Какие краски и для чего нужны весне?»
«Знаешь ли ты сказки?»	Литературная викторина по русским народным сказкам с использованием костюмов разных героев
«Закливание жаворонков»	Ознакомление с праздником Жаворонки, изготовление жаворонков из теста
«Игры-хороводы на Руси»	Подвижные игры на воздухе
«Игрушки наших бабушек»	Беседа о значении игрушек на Руси, рассказывание о своих игрушках, изготовление игрушек своими руками
<i>Апрель</i>	
«Шутку шутить — людей смешить»	Ознакомление с потешным фольклором, составление потешного рассказа, отгадывание загадок о весне
«Праздник Пасха»	Ознакомление с праздником Пасхи, его значением в жизни наших прадедов, раскрашивание яиц
«Ознакомление с колоколом»	Рассказ о значении колоколов на Руси, прослушивание вариантов колокольного звона

Окончание табл.

1	2
«Красная горка»	Ознакомление с традициями народных гаданий на Пасхальной неделе, посиделки с самоваром, пение частушек
«Апрель ленивого человека не любит, проворного голубит»	Рассказ о весенних полевых работах в деревне, посев семян
«Небылицы в лицах, небывальщина»	Ознакомление с русскими народными небылицами, самостоятельное придумывание небылиц
«Весенний хоровод»	Чтение и разучивание хороводов в русских народных костюмах
«Вечер игр»	Проведение дидактических игр «Где спряталась матрешка?», «Одень куклу в национальный костюм»
<i>Май</i>	
«Весна красна цветами»	Повторение знакомых закличек, песенок, пословиц о весне, придумывание загадок
«Победа в воздухе не вьется, а руками достается»	Беседа о воинах — защитниках Отечества, рассказы детей «Я горжусь прадедом своим»
«А за ним такая гладь — ни морщинки не видать!»	Ознакомление детей с различными способами глажения белья, глажка белья рубелем, отгадывание загадок о различных предметах обихода
«Скотный двор»	Беседа о роли домашних животных на Руси
«Полевые цветы»	Беседа о роли полевых цветов в жизни русского человека, плетение венков
«Роспись бересты»	Ознакомление с берестой, изготовление поделок из нее
«Завивание березки»	Беседа о празднике Троица, игры и хороводы на улице в народных костюмах
«Прощание с “избой”»	Словесные народные игры, рассказывание докучных сказок, пение частушек

Пищевое поведение детей с расстройствами аутистического спектра

Тогулева В.К.,

*специалист по коррекции пищевого поведения
НКО «Иткоуч», Москва*

Аннотация. В статье рассматривается избирательное пищевое поведение у детей с расстройствами аутистического спектра. Представлены основные его проявления, даны рекомендации специалистов.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра, аутизм, пищевое поведение, питание, родительский фактор, желудочно-кишечный тракт.

Аутизм характеризуется дефицитом в области коммуникации и социального взаимодействия, а также наличием ограниченных, повторяющихся и стереотипных моделей поведения и / или интересов. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США, в 2008 г. у каждого 88-го ребенка диагностированы расстройства аутистического спектра (РАС).

На начало 2012 г. этот диагноз поставлен одному из 68 детей; на начало 2014 г. — одному из 59 детей.

В 2015 г. была опубликована статистика, согласно которой один из 45 детей имеет диагноз РАС. Отмечается, что распро-

страненность заболевания не имеет статистических различий в зависимости от социально-экономического уровня или между различными культурами и расами и может быть обусловлена рядом факторов. На территории Российской Федерации статистика о количестве детей с аутизмом отсутствует. При этом все специалисты в данной области отмечают рост заболеваемости среди детей и более частую постановку данного диагноза РАС в раннем возрасте.

Специалисты и родители часто отмечают высокую избирательность в еде и употребление в пищу ограниченного числа продуктов у детей с РАС. Поми-

мо этого, отмечаются истерики, нежелание пробовать новые продукты, жесткие ритуалы по презентации пищи (посуда, упаковка, нарезка, сервировка, выбор приборов), отказ есть еду определенного цвета, формы или размера, употреблять в пищу блюда и / или продукты определенной текстуры и т.п.

Давайте определимся с понятиями пищевого поведения и пищевой избирательности у детей с РАС.

Пищевая избирательность часто встречается у детей с РАС. По оценкам некоторых исследований, среди воспитанников с этой патологией избирательное пищевое поведение встречается в 72—90% случаев. Для нормально развивающихся (нейротипичных) детей данный показатель не превышает 25%.

Правильное пищевое поведение — набор продуктов, который потребляет человек (что мы едим), режим потребления пищи (как мы едим) и причины, по которым он ест (зачем мы едим). Модель пищевого поведения человека формируется в раннем возрасте, когда закладываются устойчивые вкусовые предпочтения и воспитывается отношение к процедуре приема пищи (режиму, последовательности блюд и др.).

Пищевая избирательность — потребление аномально ограни-

ченного набора продуктов питания. Любой ребенок, который ест меньше пищи, чем обычно, и кто избегает определенных продуктов питания, может быть отнесен к категории детей с избирательным пищевым поведением. Тем не менее, обычно термин «избирательное пищевое поведение» употребляется в отношении детей, которые избегают одну или несколько групп продуктов из следующего списка: крупы, злаки и крахмалы; белковая пища (мясо, яйца, сыр, бобовые); фрукты и овощи; молочные продукты.

Придирчивые едоки могут есть ограниченное количество продуктов, но они съедают по крайней мере 1—2 продукта из каждой группы. Дети с избирательным пищевым поведением могут иметь отвращение к нескольким продуктам и необычные антипатии. Они могут не есть все зерновые, все мясо, все холодные блюда, все продукты определенного цвета, все хрустящие продукты, все фрукты или овощи и т.д. Ребенок, который ест от 6 до 12 продуктов, попадает в категорию детей с пограничным избирательным пищевым поведением, а тот, который ест не более 5 продуктов — с патологическим избирательным пищевым поведением.

Нужно отметить, что среди детей с РАС 70% являются избирательными едоками и / или демонстрируют избирательное пищевое поведение, поскольку для них характерны отказ от еды, своеобразное поведение во время приема пищи и ограничение разнообразия и текстуры продуктов питания.

Избирательное пищевое поведение — многофакторная проблема. С одной стороны, проблемы со здоровьем, сопутствующие заболевания ЖКТ могут обуславливать отказ от еды определенного вида, текстуры, формы, запаха и поддерживать в ребенке неохотию к новым видам и текстурам пищи. С другой — возникновению проблем с приемом способствуют и социальные дефициты.

Поскольку у ребенка нет возможности имитировать правильное поведение за столом других членов семьи, быть мотивированным к участию в общей семейной трапезе и получении словесной похвалы родителей, его возможности изменить свое пищевое поведение крайне ограничены.

Ритуальное и повторяющееся поведение, а также необходимость в одинаковых окружении, среде влияют на выбор пищевых продуктов, ее прием и подачу. Родительский фактор может усугу-

бить нежелательное поведение за столом во время приема пищи или по отношению к определенным видам продуктов.

Сенсорные проблемы, способствующие избирательному пищевому поведению

Дети с аутизмом могут отказываться от пищи по следующим характеристикам: цвет, вкус, запах, форма, вид, текстура, температура. Они менее точно определяют кислые и горькие, но более точно определяют сладкие и соленые стимулы. Обонятельная идентификация детей с РАС значительно хуже.

Более глубокое изучение данного вопроса может объяснить необычные сенсорные реакции у детей с аутизмом на различные раздражители. Сложность в идентификации основных вкусов и запахов может способствовать отказу от еды и высоким показателям избирательного пищевого поведения среди детей с аутизмом.

Избирательное пищевое поведение, связанное с фактурой пищи, было выявлено у 31% детей с РАС. Ученые выделили группу риска для такого поведения, связанного с текстурой пищи. В нее вошли мальчики раннего возраста, которые ро-

дились недоношенными, дети с рефлюксом.

С. Хьюман с группой коллег исследовала 256 детей с РАС 2—11 лет. Ученые предположили, что в основе нежелательного поведения во время еды лежит избегание социального взаимодействия с семьей и родителями. При этом результаты исследования не показали взаимосвязи между тяжестью проявления аутизма и наличием избирательного пищевого поведения, даже социально адаптированные подростки с РАС и высоким уровнем IQ показывали избирательное пищевое поведение. Таким образом были выявлены прочные связи между более частым повторяющимся поведением, сенсорными проблемами и проблемами пищевого поведения независимо от уровня функционирования. Учитывая эти выводы, дети с РАС должны быть обследованы на наличие менее оптимального пищевого меню, недостатка витаминов и питательных веществ.

Родительский фактор

Прием пищи — важный социальный аспект нашей ежедневной жизни. Большинство важных вопросов мы предпочитаем обсуждать именно за столом. Взаимодействие ребенка с родителями, обсуждение его успехов

и проблем в учебной деятельности, в ходе дружеского общения также чаще всего происходят во время совместного приема пищи. Следовательно, общение и прием пищи — часть здоровых отношений между ребенком и родителями.

Ученые под руководством Дж. Бандини исследовали группу детей с РАС (53 чел.) и группу нормально развивающихся воспитанников (58 чел.) (контрольная группа). Было выявлено, что избирательное пищевое поведение дети с РАС демонстрировали в разы чаще, и оно имело более патологические формы: 64% детей с аутизмом были избирательны в пище, в то время как 24% нормотипичных их сверстников демонстрировали частичный отказ от потребления некоторых продуктов (скорее всего их можно было отнести к придирчивым едокам).

Для уменьшения стресса и работы над избирательным пищевым поведением родителям давалась рекомендация работать по принципам поведенческой терапии независимо от сопутствующих заболеваний и степени выраженности аутизма. Исследователи отмечают, что хотя не был расширен рацион потребляемой пищи, а были только увеличены порции предпочитаемой пищи, после начала терапии стресс ро-

дителей значительно снижался, и отмечалось улучшение в отношениях между родителями.

Многие исследования обращают наше внимание на то, что неправильная реакция родителей на проблемы с кормлением детей с РАС, избирательное пищевое поведение, поедание несъедобных продуктов усиливают и закрепляют нежелательное пищевое поведение. Избирательное пищевое поведение — это следствие ритуалов, ограниченности интересов и относится к поведенческим проблемам.

Проблемы пищевого поведения являются комплексными: медицинскими, экологическими, взаимодействия ребенка и родителей. Но даже когда медицинские и другие составляющие проблемы избирательного пищевого поведения решены, улучшения в области потребления пищи и увеличения рациона не происходит. П. Модерато, С. Кау и Дж. Прести подчеркивают, что такая ситуация может быть связана с поведенческой основой пищевого поведения. Проблемы кормления могут возникнуть как результат взаимодействия ребенка с окружающей средой (через отрицательное подкрепление — побег от еды), или через положительное подкрепление (повышенное внимание или доступ к материальным ценностям;

родители используют подкуп как поощрение в питании). В типичной ситуации отрицательного подкрепления родители прекращают кормление, удаляют еду от ребенка или заменяют ее на другую. Обычно с его стороны это сопровождается истерикой, плачем, другим нежелательным поведением. В дальнейшем отказ от еды будет более частым и родительский ответ на него — прекращение кормления, удаление еды, ее замена или отсрочка кормления — также станет более часто сопровождать нежелательное поведение ребенка во время приема пищи.

Общая стратегия всех родителей заключается в том: лучше, чтобы их ребенок съел хоть что-нибудь, чем ничего. Вследствие этого они часто заменяют еду, которую ребенок не хочет есть, на что-то наиболее приемлемое. Помимо этого, родители могут уделять ребенку больше внимания (как уже было сказано выше) в случае нежелательного поведения за столом во время приема пищи. Даже прошедшие медицинское лечение и устранившие проблемы, например, с ЖКТ дети постепенно возвращаются к нежелательному поведению во время приема пищи и к избирательному питанию.

Избирательное пищевое поведение у детей с РАС встречается

значительно чаще, чем у нейротипичных детей. Для начала работы над пищевым поведением необходимо констатировать наличие сопутствующих и коморбидных состояний и заболеваний, влияющих на пищевое поведение ребенка с РАС. С помощью медицинских специалистов следует провести диагностику данных заболеваний и подобрать способы лечения для ребенка с аутизмом и избирательным пищевым поведением.

В процессе коррекции избирательного пищевого поведения необходимо учитывать родительский фактор и тесно взаимодействовать с родителями. Специалист по коррекции пищевого поведения должен работать совместно с родителем и взаимодействовать с другими специалистами команды, работающей с ребенком с РАС и проблемами пищевого поведения, для достижения оптимально возможного результата.



Книжная полка



ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ С АУТИЗМОМ

Взаимодействие специалистов и родителей

Авторы — Ружина Н.Ф., Танцюра С.Ю.

В книге представлены формы коррекционно-педагогического взаимодействия специалистов и семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом: организация режима дня, формирование коммуникации, навыков самообслуживания. Помимо практических вопросов приводится анализ исследований аутизма.

Книга предназначена для логопедов, психологов, воспитателей, дефектологов и родителей.

СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОВЗ

Методические рекомендации

Авторы — Танцюра С.Ю., Мартыненко С.В., Басангова Б.М.

В книге содержится теоретический и практический материал по сопровождению семей детей с ограниченными возможностями здоровья, раскрывается значение сотрудничества специалистов с родителями воспитанников. Представлены тренинги для родителей, игры и упражнения для детей с нарушением развития, рекомендации по их воспитанию.

Пособие адресовано родителям, логопедам, воспитателям, дефектологам.

Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

Место, где рождаются таланты

Голубникова Л.А.,

студентка магистратуры ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», участница проекта «Формула биотех — 2018» Научного парка МГУ, Москва

Аннотация. В статье представлен материал, раскрывающий опыт духовного и физического воспитания в процессе обучения детей в монастыре, расположенном на горе Монтсеррат. Рассказывается о подходе к обучению, формирующему представление о здоровом образе жизни.

Ключевые слова. Хор Эсколания де Монтсеррат, музыкальная школа, здоровьесбережение, обучение и воспитание в рамках национальной культуры.

Есть на земле особые места, куда хочется возвращаться вновь и вновь, места, наполняющие силой и дающие легкость. Одно из них — монастырь Монтсеррат, построенный в 1025 г. в горах, центр паломничества верующих и гордость Каталонии. Дух захватывает при виде горных массивов, расположенных вокруг монастыря, тишина и благодать царят в этих краях. Главный символ монастыря — статуя Черной Девы Монтсерратской XII в.

Согласно легенде, дети пасли скот в горах, когда увидели лик статуи Богоматери в одной из пещер. Епископ приказал перенести ее в близлежащий город, но носильщикам эта задача оказалась непосильной. Статую Марии оставили в горах и нача-

ли возводить скит. Так началась история монастыря, который и поныне восхищает своим величием. Он будто един с природой, балансируя и гармонично вписываясь в ландшафты местности. Самая высокая вершина горного массива — пик Святого Иеронима — находится на высоте 1236 м над уровнем моря. Удивительная форма горы, от которой нельзя оторвать глаз, берет начало в давней геологической эволюции. Над ее формой точно поработал архитектор: горные массивы имеют мягкую кругловатую форму.

Помимо скульптуры Мадонны, к которой обращаются люди со всего света, Монтсеррат известен также детским хором под названием Эсколания де Монтсеррат [1] (фото 1, 2). Он возник

в XIII в. в бенедиктинском монастыре и санктуарии Пресвятой Богородицы. Сначала появилась маленькая группа мальчиков, которые пением и игрой на разных инструментах служили этому исключительному святому месту. До сих пор это одна из главных миссий хора. С тех пор минуло уже 800 лет, произошли некоторые преобразования, но он по-прежнему хранит традиции и сакральное значение, заложенные в XIII в. Миллионы туристов, посещающая гору Монтсеррат, стремятся услышать ангельское пение маль-

чиков, которое можно сравнить с легким дуновением ветра, со светом солнца и луны, утренней росой и каплями летнего дождя.

Звучание хора отличают естественное благородство, осязаемость фактуры, безупречность и сбалансированность интонации. Дети очень тонко чувствуют музыкальный материал исполняемого сочинения, ориентируясь на стилистику каждого из авторов [2]. Дирижер хора Иренеу Сегарра, который руководил им в 1953—1997 гг., говорил, что секрет волшебного пения заклю-



Фото 1. Участники хора Эсколания де Монтсеррат



Фото 2. Хор мальчиков Эсколания де Монтсеррат

чается в специальных дыхании и технике извлечения звука, они поют от живота и направляют звук в голову.

Мы заглянули под завесу Эсколании де Монтсеррат, этого таинственного и прекрасного места, где рождаются таланты, одной из древнейших и лучших музыкальных школ в Европе, чтобы узнать секреты воспитания и обучения детей, чье пение сравнивают с ангельским.

В Эсколании обучаются мальчики от 9 до 14 лет. Ежегодно в этот центр базового художественного образования попадают 50 мальчиков [3]. Каталонцы гордятся хором, который про-

славил эту землю на весь мир. С 1960-х гг. он стал выездным и начал гастролировать по разным странам по приглашению. Также хор стал записывать диски для продажи [4]. Благодаря этому, мальчиков из Эсколании знают во всем мире и считают самыми талантливыми молодыми голосами Испании. Они занимают первые места в международных конкурсах.

Хористы уже успели побывать в США, России, Японии, Франции, Италии, Германии, Китае, Бельгии, Польше, Швейцарии, Ватикане, Пуэрто-Рико, Голландии, Андорре, Люксембурге, Великобритании, Канаде,

Монако, Австрии, Израиле и Португалии. Хор работал с такими выдающимися коллективами, как Барселонский оркестр Театра Льиуре, Национальный оркестр Камбра д'Андорра, Оркестр Гранады, оркестр «Мусика Дуцис Брабантие» из Голландии и другими, записал множество дисков и удостоился престижных международных премий. Совместно с хорами «Кор Мадригал» и «Орфео Каталан» коллектив участвовал в открытии Культурного форума, исполняя «Военный реквием» Б. Бриттена под управлением Мстислава Ростроповича [5].

В чем же заключается особенность мальчиков? Хористы — обычные дети, которые, как и все, играют, смеются, плачут, воодушевляются и злятся. У каждого свой характер, одни из них спокойные, другие — озорные. Но есть в них то, что не свойственно другим детям их возраста — любовь к классической музыке, интерес к чтению, мужественность, необходимая для выступления перед тысячами людей, кроткость нрава, хорошие манеры, и самое главное — способность через пение достигать до сердец людей. Но и это еще не все: при поступлении в школу Эсколания (в возрасте от 9 лет) ребенок должен обладать теоретическими основами музыки,

владеть голосом, иметь хорошие результаты по итогам учебного года начальной школы. Кроме того, проверяются способность ребенка адаптироваться к новым условиям, умение социализироваться. «Сперва я был очень взволнован, когда пел в базилике. Люди думали, что мы безупречны. Они говорили, что мы — другие, как ангелы. Некоторые дети даже спрашивали, есть ли у нас крылья. Но мы не ангелы, мы — обычные мальчики, которые любят музыку. И мы много работаем», — рассказывал один из хористов. Возможно, юные хористы и не ангелы, но в них есть что-то особенное. Возможно, они так чутко воспринимают музыку, чувствительны и в то же время спокойны, потому что их распорядок дня четко продуман и организован?

Хористы получают классическое образование, как и другие дети их возраста, однако в их жизни присутствует намного больше музыки: каждый мальчик играет на двух инструментах (фортепиано и еще один инструмент оркестра); они изучают теорию музыки, хоровую и оркестровую музыку, и, конечно же, каждый поет в хоре и играет в оркестре. Нередко они участвуют также в молитвенных полуденных церемониях Святыни совместно с монашеской общиной, поддержи-

вая эту вековую традицию. Утро хористов начинается с классных занятий, где мальчикам преподают историю музыки. Днем — индивидуальные или групповые занятия, игра на инструментах и пение. Вот что сказал один мальчик: «Я люблю музыку. Мой самый любимый момент здесь — зимой, когда мы поем Вespерс вечером и почти никого нет, не считая нескольких людей» (Льюс Гирбай, 13 лет) [6].

Поскольку мальчики поступают в школу в довольно раннем возрасте, каждому учащемуся приставляется воспитательница («surrogate mother»). Раньше это были монахини, сейчас — женщины-учителя, которые на протяжении четырех лет дают им материнскую заботу и тепло. Они будят мальчиков по утрам, кормят завтраком, поддерживают в сложные моменты, присматривают за ними во время путешествий.

Хористы, как правило, живут в Монтсеррате круглый год, за исключением двух летних месяцев — каникул. По желанию, те, кто живет поблизости, могут каждый день возвращаться домой, однако большинство остаются в Монтсеррате на протяжении всей недели. Воскресенье здесь день особенный, его посвящают семье. Большинство предпочитают проводить его также в Монтсеррате, обмениваясь друг

с другом домашней выпечкой. Для таких целей в Эсколании есть особая комната, где дети чувствуют себя легко и свободно. Так Монтсеррат становится домом не только для мальчиков, но и для их семей.

Особое внимание уделяют не только образованию юных послушников, но и питанию. Команда поваров Монтсеррат следует указаниям диетологов, создавая домашние блюда. Кроме того, на горе Монтсеррат производят собственные удивительно вкусные натуральные продукты: вино, ликеры, торты, мед, творог, орехи, сухари.

Певчие капеллы поступают в Эсколанию в последние годы начальной школы и получают музыкальное образование по установленным традициям Монтсеррата. При этом каждый директор, он же дирижер, старается не отставать от современного мира и вносить свои небольшие корректировки в программу. Раньше правила требовали, чтобы учащиеся проводили в школе все 11 месяцев, но в последнее время они смягчились, мальчикам стали разрешать возвращаться домой на выходные и праздники.

В прошлом все хористы становились монахами, сейчас нет такого обязательства. В связи с этим, вероятно, были изменены правила по назначению директо-

ра школы, он больше не обязан быть монахом. Времена Средневековья прошли, и сегодня мальчики учатся в школе с 4 до 6 лет. Их образование в Монтсеррате заканчивается, когда голос становится достаточно крепким и развитым. Тогда они покидают Эсколанию и поступают в среднюю школу [8]. За последние 50 лет всего лишь два мальчика остались служить в монастыре. Большинство выпускников школы продолжают обучение в высших музыкальных учреждениях. За истекшие века хор дал стране целый ряд капельмейстеров, органистов и музыкантов и подготовил выдающихся педагогов и композиторов [6]. Это большая гордость для семьи, чей сын поступил в центр Эсколания и получил там образование.

Среда, в которой мы обитаем, оказывает огромное влияние на формирование нас как личности. С точки зрения психологии, как раз на 9—14 лет приходится пик эмоционального познания окружающего мира ребенком. Окружающая атмосфера, в которой растет, учится и развивается ребенок, — крайне важна. Духовное наследие в сочетании с музыкальным развитием и природным богатством как нельзя лучше способствует тому, что в этот период жизни ребенку прививаются правильные ценности,

даются стержень и фундамент для дальнейшего роста. Покидая Монтсеррат, многие хористы сохраняют тесную связь с этим местом, возвращаясь вновь, чтобы выступать и передавать свои знания молодым послушникам.

В 1997 г. был образован постоянно действующий ансамбль выпускников Эсколании, которые сопровождают мальчиков, а также дают сольные концерты. Один из выпускников, хормейстер Бернат Виванкос Фаррас, продолжил музыкальное обучение в Барселоне, Париже, Осло и, став профессором Каталонии, вернулся в Монтсеррат, чтобы преподавать. «Я был здесь с 1983 по 1987 год. Эти четыре года в Эсколании, наверное, были лучшими в моей жизни. Отец Сегарра был тогда директором. И мы все верили, что у него есть какая-то особая сила. Я всегда думал, что здесь есть что-то магическое — в горах, воздухе, в базилике», — говорит он [6].

Репертуар для хора Эсколания де Монтсеррат пишут не только монахи и выпускники школы, но и такие выдающиеся музыканты, как талантливый каталонский виолончелист, дирижер, композитор, общественный деятель Пабло Казальс. Летом он проводил 2—3 дня в Монтсеррате, это вдохновляло его на новые работы.

Все свои религиозные произведения Казальс посвятил хористам Эсколании де Монтсеррат [7]. К 100-летию со дня его рождения на горе Монтсеррат была установлена статуя: музыкант в полный рост с виолончелью в руках.

Музыкальный репертуар хористов хранит многовековую историю, а певчие капеллы служат его воплощением. Сочетание культуры, религии и природы придают этому месту особую атмосферу, пробуждающую в каждом внутренний потенциал. И, наверное, это именно то, что каждый из нас ищет всю жизнь.

Можно долго рассказывать о прекрасных голосах Эсколании де Монтсеррат, но лучше один раз их услышать. Мальчики поют ежедневно в 13.00. И к этому времени Собор наполняется толпами желающих послушать это действо [8].

В 2001 г. Министерство образования официально признало многовековую комплексную музыкальную подготовку как центр образования Эсколания с базовым художественным образованием. По соглашению с Женеалитатом Каталонии часть расходов школы покрывается правительством, родители хористов оплачивают только 20% стоимости обучения (суммарный ежемесячный взнос составляет 3338 евро). Такая система гаран-

тирует, что каждый ребенок с хорошим голосом и музыкальными способностями сможет учиться в Эсколании де Монтсеррат. Также каждый желающий может поддержать традиции и принципы школы через «Фонд Абадии де Монтсеррат, 2025 («Fundació Abadia de Montserrat, 2025»)), выступив спонсором школы и став «другом Эскалонья».

Литература

1. Бухтиярова Л. Хор воспитанников музыкальной школы при монастыре // <http://de-liana.blogspot.com/2011/12/escolania-de-montserrat.html?m=1>
2. Слука И.М. Места, исполняющие желания. М., 2016.
3. Орфей, Ангельские голоса Монтсеррат // <http://www.muzcentrum.ru/news/2013/01/9268->
4. Официальный сайт Escolania de Montserrat // <http://www.escolania.cat/en/escolania/your-questions-answered/>
5. Официальный блог учащегося Монтсеррат // <http://www.praytellblog.com/index.php/2014/02/04/montserrat-the-boy-choir/>
6. Boix Maur M. What is Montserrat. 1998.
7. Boyle K. Escolania de Montserrat performs at Strathmore in boys choir's first U.S. tour // The Washington Post. 2014. March.
8. High Notes BBC Music Magazine. 2008. December.

ПИТАНИЕ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Часто нам кажется, что о питании мы знаем все. Тем не менее, проблемы питания остаются очень актуальными, особенно в детском возрасте. Если они не решены до 8 лет, то у ребенка с огромной вероятностью будут диагностированы нарушения темпов роста, развития и специфические заболевания, связанные с питанием.

Неправильное питание — недостаток, избыток или дисбаланс энергетической ценности и / или питательных веществ в рационе питания. Недостаточное питание приводит к задержке роста, потере и дефиците массы тела, отсутствию или недостатку питательных микроэлементов. Нарушения в питании вызывают избыточный вес, ожирение, неинфекционные заболевания, связанные с рационом (сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, диабет и рак).

Ожирение в детском возрасте многократно повышает риск таких заболеваний, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения скелетно-мышечной системы. Все это может привести к инвалидности.

Для профилактики описанных выше состояний и заболеваний необходимо иметь правильные представления о правильном питании, следить за здоровьем своим и детей, воспитывать здоровые привычки.

Мероприятия по профилактике ожирения для детей грудного возраста:

- раннее начало грудного вскармливания (в течение 1 ч после рождения);

- исключительно грудное вскармливание в первые 6 мес. жизни;

- введение надлежащего с питательной точки зрения и безопасного прикорма (твердой пищи) в 6 мес. наряду с продолжающимся грудным вскармливанием до 2 лет и позже.

Мероприятия по профилактике ожирения для дошкольников:

- ограничение потребления жиров и сахаров;

- повышение уровня потребления фруктов, овощей, бобовых, цельных злаков;

- регулярные занятия физкультурой (не менее 60 мин в день).

Посетите детского педиатра и обсудите с ним текущее состояние здоровья ребенка. Ознакомьтесь с рекомендациями по потреблению белков, жиров, витаминов и микроэлементов в соответствии с его возрастом. Увеличьте физическую активность ребенка. Изучайте материалы по питанию, поощряйте детей употреблять полезные продукты.

Тогулева В.К., специалист по коррекции пищевого поведения НКО «Иткоуч», Москва

Тьютор — современный специалист в области воспитания, помогающий практик

Колосова Е.Б.,

ст. преподаватель кафедры психологической антропологии;

Власова Д.В.,

магистрантка ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва

Аннотация. В статье раскрываются основные функции тьюторского сопровождения, обосновывается отличие двух профессиональных позиций: ассистента учителя и тьютора. Описывается специфика педагогической компетентности специалиста в сфере тьюторского сопровождения согласно профессиональному стандарту тьюторской деятельности.

Ключевые слова. Специалист в области воспитания, тьютор, тьюторское сопровождение, ассистент учителя, профессиональный стандарт тьюторской деятельности, индивидуальная образовательная программа, тьюторская компетентность.



В перечне специалистов, призванных оказывать помощь детям с особенностями развития, а также их семьям, нередко упоминается такая профессиональная позиция, как тьютор. С ней связан ряд заблуждений. Очевидно, что есть обучающиеся (как дошкольники, так и школьники, в том числе взрослые люди), особые образовательные потребности которых предполагают наличие помощника педагога, его ассистента. Это специалист, который осуществляет функцию реальной физической помощи, поддержки, некоторого «скаффолдинга» (англ. *scaffolding* — строительные леса).

Опытные педагоги-психологи, дефектологи, глубоко понимающие специфику образовательной среды ребенка с

ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), дискутируют о допустимой мере этой помощи, ее границах. В частности, обсуждают с семьями конкретные задачи такого помощника, риски искусственно затормозить становление тех или иных навыков при чрезмерной поддержке, переходящей в опеку и подменяющей самостоятельность ребенка, которую возможно достичь с учетом его индивидуальных возможностей. Позиция ассистента учителя нормативно закреплена в федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», существует также утвержденный профессиональный стандарт.

Тьютор — принципиально иной специалист. Необходимо отметить, что эта должность была введена в российское образование на официальном уровне в 2008 г. и изначально никаким образом не связывалась с проблематикой инклюзивного, специального образования и шире — с обучением и воспитанием детей с особенностями развития. Деятельность тьютора предполагала наличие системы педагогической работы по выявлению и развитию познавательных интересов детей, умению пользоваться самыми разными видами образовательных ресурсов, обсуждению с обучающимися и их семьями запроса на содержание

образования, цели и задачи, актуальные для конкретной ситуации ребенка и его семьи.

Разрабатывались базовые модели реализации тьюторства, не сводящиеся к персональным консультациям и занятиям [1]. Это педагогическое сопровождение групп детей, в том числе разновозрастных, организация специальным образом спроектированных масштабных мероприятий (так называемых «образовательных событий») с целью раскрытия для ребенка потенциала школьной среды, возможности ее использования для достижения личностно значимых задач, а также грамотно организованный «выход» за пределы школьного контекста. Культура выбора и связанная с ним вариативность образовательных предложений (факультативов, студий, секций — в дополнительном образовании, способов обучения и самообучения, самообразования, книг, пособий, тем ученических проектов и исследований и т.п. — в основном) — необходимые условия, при которых может развиваться тьюторская деятельность.

Права и связанные с ними обязанности ученика, свобода в образовании и ответственность за собственный выбор, понимание его внутренней логики (почему сегодняшнее решение отказаться

или все-таки участвовать в том или ином школьном деле повлияет на дальнейшие планы, режим дня и т.п.), границы выбора, анализ опыта, совершенных ошибок и их последствий — сквозные темы, входящие в круг профессиональных интересов тьютора. Соответственно жесткая классно-урочная система, школьная «закрытость», отсутствие вариантов не предоставляют тьютору возможности профессионально сопровождать ребенка.

Базовый процесс, в рамках которого реализуется тьюторское сопровождение, — индивидуализация. Под этим понимается не учет индивидуальных особенностей ребенка и соответствующий выбор методов и средств обучения, не «измерение» психолого-педагогических характеристик и дифференциация образования в зависимости от потенциально-го или актуального уровня его школьной успешности, а содержание образования, освоенное ребенком в ходе регулярной корректировки его образовательной траектории, осмысления сделанных выборов, уровней заданий и т.п. Оно становится средством раскрытия человеческого потенциала.

Одно понятие не противоречит и не исключает другое: учитель на уроке, а тьютор в процессе локального взаимодействия с

тьютором (так в тьюторском профессиональном сообществе принято называть сопровождаемого тьютором, вне зависимости от возраста и статуса) использует индивидуальный подход. Однако учитель имеет право им и ограничиться, поскольку реализует соответствующее программе содержание. Для тьютора это инструмент вспомогательный: программа тьюторанта только складывается. С точки зрения профессиональной позиции тьютора, индивидуальная образовательная программа — не зафиксированный созданный внешними специалистами, документ, а направление, целевой ориентир, который создается в процессе активного взаимодействия между тьютором и ребенком (и / или его семьей). Это гуманитарно-антропологический подход к образованию, в котором, по словам В.И. Слободчикова, «речь должна идти не о формировании разрозненных знаний, умений, способностей, компетенций, а об образовании самого человека, о становлении в нем подлинно человеческой ипостаси, где главным образовательным результатом должно стать развитие человека во всех его духовно-душевно-телесных измерениях; человека — как жизнеспособного индивида, как субъекта собственной жизни и деятельности, как личности во встрече с Другими,

как индивидуальности ... перед лицом Абсолютного Бытия» [2].

Зафиксирован может быть индивидуальный учебный план как компонент общей программы. Понятие «индивидуальная образовательная программа» сопоставимо с понятием «жизненный путь», но в масштабе и в контексте образования. Тьютор помогает сформулировать замыслы, организовать их реализацию, подобрать необходимые ресурсы и обсудить результаты «образовательной пробы». В тьюторском сообществе сформулирован рабочий вариант типологии образовательных ресурсов, этапов тьюторского сопровождения.

Эти линии нашли свое отражение в профессиональном стандарте тьюторской деятельности, утвержденном в 2017 г., в котором данная должность описана в разделе «Специалисты в области воспитания» [1]. В названном документе, во-первых, выделена обобщенная трудовая функция тьютора — тьюторское сопровождение обучающихся, а во-вторых, описаны его трудовые функции.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что профессиональное содержание тьюторской деятельности, выработанное формально в 2008 г. (по сути, опыт отечественного тьюторства гораздо богаче) в сфере обучения

и воспитания нормально развивающихся детей, согласно стандарту должно быть реализовано, в том числе в сопровождении учащихся с ОВЗ и инвалидностью. Следовательно, задачи тьютора и ассистента (помощника) принципиально разведены. Тьютор помогает не натурально — физически, а опосредованно — педагогически. В то же время в отличие от специалистов дефектологического профиля в фокусе профессионального видения не нозология ребенка и соответствующие ограничения, а его «антропологическая целостность», право на интересы и замыслы, выстраивание уникального (индивидуального) образовательного маршрута через подбор и апробацию конкретных компонентов образовательной среды. Специальные знания тьютору, сопровождающему такого ребенка, необходимы для установления контакта с тьюторантом с ОВЗ и его семьей и при ориентировании в специфике проблематики (понимание особенностей ресурсов, адекватных запросам такого ребенка, поддержание контактов с сообществами родителей с детьми в аналогичных ситуациях).

Существует проблематика, с которой работает тьютор в рамках междисциплинарной команды. Условия работы с ребенком с ОВЗ ставят перед ним новые

специфические задачи и профессиональные вызовы. Здоровье человека как субъектная ценность и ресурс развития связано с психолого-педагогическим понятием «жизнестойкость». В силу своей биологической сущности человек потенциально уязвим, как и любой живой организм, но в то же время только он имеет безграничный потенциал для творческого, интеллектуального преодоления своей уязвимости. В психолого-педагогической науке и практике изучается феномен жизнестойкости («резильентности»), который используется для описания ряда качеств, установок и навыков, способствующих процессу успешной адаптации в жизни вопреки трудностям и позволяющих превратить все изменения, происходящие с личностью, в возможности ее развития, т.е. с достоинством преодолевать жизненные трудности.

Необходимо отметить, что это не нейтральное биологическое свойство и не выживание «любой ценой» (это не «живучесть» и не «приспособленчество»). И очень важно, каким образом используется потенциал жизнестойкости. Развитие этого качества должно опираться на нравственные принципы, необходимые ориентиры. А помощь в их поиске — важнейшая педагогическая, тьюторская задача.

Способность всем интересоваться, которая на языке психологии определяется как включенность — один из компонентов жизнестойкости, можно развивать с опорой на тьюторские компетенции, например, использовать ресурс музейной педагогики и педагогики искусства. Это может делать любой педагог, способный к творчеству, даже в рамках узкого учебного предмета. Однако у тьютора для этого существуют специальные педагогические инструменты, и это входит в круг его профессиональной компетентности, поскольку главный принцип труда тьютора — расширение образовательного пространства сопровождаемого ребенка. Если в силу объективных причин, в частности умственной отсталости ребенка, насыщенная интеллектуальная деятельность невозможна, профессиональной заботой тьютора в этом случае становятся помощь и поддержка семьи тьюторанта, расширение социальных связей, формулирование смыслов «особого родительства», соответствующих культурным представлениям, нормам и ценностям семьи.

Таким образом, в профессиональной подготовке тьюторов можно выделить следующие составляющие: основы медицинских знаний в помощь педагогу;

базовая психолого-педагогическая компетентность, собственно тьюторский инструментально-технологический блок; модуль, связанный с организацией современных образовательных систем.

Литература

1. Ковалева Т.М. и др. Профессия «тьютор». Тверь, 2012.
2. Слободчиков В.И. Школа антропологической практики в современном образовании // <https://www.portal-slovo.ru/pedagogy/44144.php>
3. Приказ Минтруда России от 12.04.2017 № 351н «Об утверждении профессионального стандарта “Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья”».
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 10.01.2017 № 10н «Об утверждении профессионального стандарта “специалист в области воспитания”».
5. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ст. 79).

Нужен ли тьютор в детской больнице?

Жигорева М.В.,
д-р пед. наук, профессор;

Власова Д.В., Котельникова А.А., Лемберская Э.Я., Майхель А.А., Подолян К.Ю., Селезнева Т.С., Устинова Л.В.,
магистранты ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва

Аннотация. В статье представлен анализ ситуации, описанной в дневнике мамы ребенка с болезнью Крона с позиции тьюторского сопровождения.

Ключевые слова. Тьютор, детская больница, тьюторское сопровождение.

Предлагаем вашему вниманию анализ ситуации, описанной мамой ребенка с болезнью Крона, с позиции тьюторского сопровожде-

ния. Обсуждается вопрос: «Нужен ли тьютор в детской больнице?»

Приведем отрывок из дневника мамы ребенка с болезнью Кро-

на (описание заболевания см.: Медработник ДОУ. 2018. № 6). В нем описывается медицинская манипуляция — смена катетера (трубки, предназначенной для введения лекарственных и питательных растворов в кровь).

«Пытаюсь найти хоть какие-то плюсы в ситуации, чтобы совсем не потерять сознание от ужаса. Надо, чтобы Егор был спокоен! Он же понимает, чем это грозит: опять наркоз?!

Заверяю, что ни за что не дам на это разрешение. В это время к нашей обоюдной радости дежурный анестезиолог оказывается мужчиной, чему мы с Егором, не сговариваясь, обрадовались. Роман Анисимович очень подозрительно и молча следит за моим решительным вхождением в процедурный кабинет и невыпусканием сына ни на секунду из рук. Понимает, что мое присутствие неизбежно.

Отмачивает и снимает повязку, проверяет трубочку, дует в нее. Вывод: она лопнула внутри и надо менять. По настоянию Егора подробно рассказывает, как он это будет делать.

В процедурном кабинете нашего отделения нет ничего: ни перчаток нужного размера, ни марлевых салфеток, ничего, что надо Роману Анисимовичу для замены катетера. И это лучшая больница! А что вы хотите? Ка-

тетыры сделаны в Китае, вот и лопаются.

Медсестра, посланная в реанимацию, возвращается. Роман Анисимович работает четко, дай Бог ему здоровья, а я только молюсь за него. Провод металлический вставлен в катетер моего сына, старый удаляется, новый ставится. Господи! Неужели все?! Спасибо, Роман Анисимович!

3 января сдали анализы крови и кала, очень ждем результатов. Почему, несмотря на лечение антибиотиками почти 2 недели, состояние кала ухудшается, количество испражнений выросло в сутки с трех до восьми?

Назначение на анализы в карте есть, они сданы. Но оказывается, что они должны быть оплачены, а врач мне не выписал направление, да и лаборатория не работает! Дождались! Скорее всего, врачи выйдут на работу 9 января, после праздников, так что анализы будут готовы только к 15 января. Вот такие пироги... Легли в больницу 22 декабря, а что с нами делать, какое лечение назначать, это к 15 января, дай Бог, определится.

Вот и еще один месяц топтания на месте. XXI век! По телевидению показывают, как диагноз ставится за 3 часа, а тут сентябрь впустую, октябрь, ноябрь, декабрь. Состояние ре-

бенка ухудшается, и дальше неизвестность длиною в пять месяцев! Как вам обещанные 3 часа?! И это не неизвестный ребенок, а ребенок, которого они наблюдают уже 6 лет!»

Описанную ситуацию комментируют магистранты МПГУ (магистерская программа педагогического профиля «Тьюторское сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья в сфере образования», научный руководитель — д-р пед. наук,

профессор М.В. Жигорева (фото 1—3).

Подольян К.Ю. Следует отметить, что описанная ситуация напрямую не связана с темой образования. А тьютор, согласно Профессиональному стандарту и Единому справочнику классификационных характеристик — «специалист в области воспитания», т.е. педагогический, а не медицинский работник и не психолог. Могут ли направления, приемы, методы тьюторской ра-



Фото 1. Постановка проблемы



Фото 2. Обсуждение проблемы

боты быть полезны в аналогичных случаях? Можем ли мы помочь Егору и его маме?

Селезнева Т.С. В описанной ситуации есть аспекты, которые можно рассмотреть с точки зрения самообразования мамы Егора (самообразования в широком, а не в академическом смысле). Тьютор может выявить актуальные задачи, потенциально повлиять на решение которых семья в сила, преобразовать их в образовательный запрос и составить план действий и список необходимых ресурсов для каждого пункта плана.

Власова Д.В. А также можно в коммуникации с мамой

вычленить общеразвивающий и образовательный контексты, связанные с самим мальчиком. Что еще присутствует в жизни ребенка, на что он может опереться при возникновении, судя по всему, не редких в его жизни, ситуаций, связанных с медицинским вмешательством, проведением значительного времени в стационаре? Из каких компонентов складывается «пространство детства» Егора? Какие ресурсы, доступные семье, можно использовать и задействовать, чтобы сделать (насколько это возможно в данных условиях) данное пространство более насыщенным, адекватным для задач развития

ребенка? Какая помощь в этом вопросе будет необходима?

Лемберская Э.Я. Итак, тьютор — не врач. Он не вмешивается в ход лечения, он не может подвергать сомнению медицинские назначения. В то же время все, что касается маминых возможностей легитимно влиять на ситуацию, принимать помощь и поддержку в совершении осознанного взвешенного выбора, — в его компетенции.

Подольн К.Ю. Прежде всего, возникает необходимость обсудить вопрос: «Допускает ли мама Егора привлечение профессиональной психологической поддержки, как для нее самой, так и для Егора?» Если да, то мы составим список с комментариями: каким образом можно получить психологическую помощь, есть ли доступ к такому специалисту в данной медицинской структуре, какие существуют способы найти психолога, оказывающего поддержку родителям детей, находящихся на длительном лечении (обращение к фондам, в образовательные организации к студентам-выпускникам, которым необходимо набрать часы практического консультирования и т.д.). Договоримся, какие из перечисленных вариантов представляются для мамы Егора подходящими, предпочитаемы-



Фото 3. Подведение итогов

ми, и когда именно она сможет получить такую помощь.

Майхель А.А. Предлагаем определить ориентировочное количество тьюторских консультаций: в данном случае, я думаю, что будет достаточно семи. С возможностью промежуточной (например, по телефону или электронной почте) чрезвычайно сжатой коммуникации: 3—5 мин. В эти промежутки у нас будет возможность получить обратную связь: узнать, как продвигаются дела, какие конкретные действия выполнены. Наметим весь круг вопросов, которые мы считаем необходимыми обсудить с мамой, и составим

предварительную циклограмму встреч.

На первой встрече мы знакомимся с ситуацией и кругом лиц — ее участников более подробно. Уточняем у мамы Егора, какой итог совместной работы она сочтет достаточно результативным. Ограничим взаимную ответственность. Зафиксируем ритм консультаций, их даты с помощью календаря. (Поскольку речь идет о родителе ребенка, находящегося на регулярном и длительном лечении, место встречи и ее продолжительность оговаривается особенно деликатно и проверяется на реалистичность.)

Есть вопросы к маме Егора. Из описания ситуации создается впечатление, что она уже проделала большой путь и приобрела колоссальный опыт. Нужно перечислить, что она уже сделала для решения проблемы, какие конкретные шаги предприняла. Кто и что помогал в этом? Что или кто, возможно, препятствовал? (Тьютор записывает ответы мамы и возникают первые списки: группа лиц, причастных к ситуации и конкретные действия, предпринятые мамой.)

Устинова Л.В. Далее мы письменно зафиксируем круг вопросов, которые обсудим во время консультаций. Выделим следующие: права родителя, ребенок которого находится на

регулярном и / или длительном лечении. Как и в случае с медицинским работником, тьютор не является юристом. Он задает вопросы: «Насколько мама знакома с нормативно-правовыми основами данного аспекта?», «Считает ли полезным получить юридическую консультацию?» Также нужно поговорить с семьями, которые находятся в аналогичных условиях. При согласии мамы на юридическую консультацию тьютор помогает определить доступные источники данного вида помощи: платные или бесплатные, график приема, специфика обращений и т.п., вплоть до инструкции по записи к юристу. Однако следует отметить, что задача тьютора — ознакомить человека со способами работы, помочь освоить тот или иной вид самопомощи, сделать его доступным.

Котельникова А.А. Затянувшаяся, по мнению мамы Егора, диагностика будет следующей актуальной темой. Что дает ей основания считать обследование ребенка неоправданно долгим? Повторим, не в компетенции тьютора подвергать сомнению медицинские аспекты. В то же время право и долг родителя быть уверенным, что все происходящее соответствует современным нормам оказания медицинской помощи и адекватно состоянию ребенка. Можно ли получить

консультацию по этому вопросу? Определим круг компетентных лиц и опишем конкретные шаги по получению ответа от профессионалов, если нужно зафиксируем контакты, формулировку обращения — устную или письменную, обсудим необходимость и правомерность привлечения сторонних специалистов.

Селезнева Т.С. Логично, что тьютор, оказывающий поддержку в такой ситуации, должен иметь начальные представления и в медицинской стороне вопроса. Я как специалист с базовым медицинским образованием, разумеется, не обошла бы стороной описанную мамой тревогу и обеспокоенность по поводу адекватности применения медицинского оборудования, в частности, катетеров, замена которых требует наркоза пациента. Тьюторские подходы предполагают выявление проблемы, планирование конкретных шагов по решению задачи и подбор ресурсов, т.е. в данном случае — получение оперативной консультации компетентных лиц и комментария (в том числе в письменном виде) администрации больницы.

Власова Д.В. Социальные связи, включенность в жизнь того или иного сообщества тоже способствуют поддержке человека. Мы разделяем такую идею: человек — лучший эксперт собствен-

ной жизни. Мама Егора, судя по отрывку из дневника, обладает большим опытом и знаниями, связанными с такой непростой и не единичной ситуацией в жизни ребенка. Мы бы обязательно предложили ей контакты и график встреч с группой родителей, которые столкнулись с похожими обстоятельствами. И попросили подумать, а не возьмется ли она, в свою очередь, поделиться своим опытом в наиболее удобном ей варианте: ответить на вопросы устно с правом опубликовать ее интервью и познакомить с ним других родителей, проконсультировать по конкретному вопросу в телефонном разговоре или письменно.

Жигорева М.В. Подведем итоги тьюторской консультации. В ходе беседы с тьютором создается развернутый план действий и список ресурсов (контактов, идей, перечень служб, потенциально оказывающих консультативную помощь, график промежуточного подведения итогов вместе с тьютором) по следующим выделенным в ходе взаимодействия вопросам:

- сообщества семей (родителей), которые уже столкнулись с данными жизненными обстоятельствами;
- юридические службы, компетентные в проблематике оказания медицинской помощи

- детям, находящимся на длительном лечении;
- службы психолого-педагогической поддержки, перечень вопросов, корректных в контексте психолого-педагогического сопровождения детей в условиях длительного пребывания в медицинском стационаре;
- педагогические организации, оказывающие образовательное сопровождение детей, находящихся на длительном лечении;
- психолог, оказывающий услуги психологической поддержки родителям детей, сталкивающихся с регулярным медицинским вмешательством;
- запись на консультацию в рамках медицинской организации, в которой находится ребенок в данный момент. Перечень вопросов и созданная совместно с тьютором таблица для ответов по поводу обоснованности и корректности применяемых протоколов лечения и медицинских процедур;
- перспективы оказания консультативной помощи семьям, которые только что столкнулись с подобной ситуацией: социальная востребованность конкретного родителя (мамы Егора) в роли эксперта по данной родительской компетентности.



Книжная полка



ТЮТОРСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Авторы — Танцюра С.Ю., Кононова С.И.

В книге описывается тьюторское сопровождение детей с ОВЗ, рассказывается о специальных классах в общеобразовательной школе для них. Рассматриваются условия обучения воспитанников с особенностями развития в условиях инклюзии, обобщен опыт тьюторов.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Авторы — Танцюра С.Ю., Кононова С.И.

В пособии представлена альтернативная и дополнительная коммуникация в обучении детей с ОВЗ, описаны ее принципы, формы, приемы и методы. Даны характеристика категории детей, нуждающихся в этих видах коммуникации, этапы и программа обучения, рекомендации родителям по взаимодействию с детьми с ОВЗ.

Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

У ребенка болит живот

Зглавуца О.Г.,

*врач-педиатр, гастроэнтеролог Многопрофильного
медицинского центра «Альтамед-С», г. Одинцово
Московской обл.*

Аннотация. В статье раскрываются основные причины нарушения функций желудочно-кишечного тракта, которое сопровождается болевым синдромом. Обращается внимание на то, что болевой синдром может носить не только патологический характер, но и быть обусловлен нервно-психическим состоянием ребенка.

Ключевые слова. Рефлюкс-гастрит, гастродуоденальная система, болевой синдром.

У ребенка болит живот. Эту жалобу часто приходится выслушивать на приеме у гастроэнтеролога. Причины боли самые разные, и в каждом случае их надо выяснить, чтобы определить, что поможет именно этому ребенку.

Дети очень чувствительны к малейшим погрешностям диеты, перекорму, нарушению режима питания. Чем меньше возраст ребенка, тем болезненнее он переносит задержку стула, скопление газов. Но почему же болит животик? Заболеваний, сопровождающихся болями в

животе, очень много. При некоторых из них боли бывают острыми и быстро исчезают, при других они длительные, хронические.

Последние надолго выводят ребенка из равновесия, ухудшают общее состояние, что часто отражается на успеваемости в школе.

У легко возбудимого, нервного ребенка боль возможна от переутомления. И потому что боль в животе у детей возникает часто, родители привыкают к жалобам и не придают им особого значения. Некоторые даже

считают: «Ничего, перерастет, все пройдет». А надо обращать внимание на жалобы детей, поскольку если своевременно не принять соответствующие меры, заболевание приобретет затяжной характер, будет задерживаться общее развитие ребенка, и уже у взрослого возникнет хроническое заболевание.

У детей, начинающих посещать школу, уровень заболеваний гастродуоденальной системы значительно повышается. Причем, чем выше школьная нагрузка, тем чаще наблюдаются изменения желудка и 12-перстной кишки. Хронический гастрит у школьников старших классов встречается в 4,1 чаще, чем у младших школьников, и в 16 раз чаще, чем у дошкольников.

Причин такой печальной статистики несколько. Это и нервно-психические нагрузки, и еда всухомятку, и нерегулярный прием пищи, и употребление вредных продуктов, и пищевая аллергия, и генетические факторы.

Гастрит — поражение слизистой оболочки желудка, возникающее в результате действия разных болезнетворных причин. При гастрите к поражению слизистой оболочки желудка присоединяются патологические изменения слизистой 12-перстной

кишки. Оба этих заболевания нередко протекают в довольно тяжелой форме.

Клиническая картина гастрита у детей отличается полиморфизмом.

При распространенном гастрите характерна боль в верхней половине живота вскоре после приема пищи (сразу или через 15—30 мин), которая длится в течение часа. Но боль может быть и сильной, кратковременной (10—15 мин) в области эпигастрия.

Болевой синдром может сопровождаться рвотой (съеденной пищей), резким вздутием, отрыжкой воздухом или тухлым, тошнотой, а также неприятным запахом изо рта (кислым, гнилостным).

В ряде случаев боли вокруг пупка или в верхней части живота появляются натощак (утром, до еды или ночью), сопровождаются привкусом горечи или кислоты. Так чаще всего бывает при рефлюксном гастрите, т.е. когда заболевание вызвано патологией со стороны желчно-выводящих путей (дискинезия желчевыводящих путей).

Если у ребенка есть деформация желчного пузыря, это может быть причиной рефлюкс-гастрита.

Метод транслингвальной нейростимуляции в комплексной системе преодоления орально- артикуляционной апраксии у детей

Янкевич Д.С.,

*канд. мед. наук, зам. директора НИИ Реабилитологии ФНКЦ
РР по инновационным технологиям, Москва;*

Данилов Ю.П.,

*канд. биол. наук, научный руководитель Лаборатории
тактильной коммуникации и нейрореабилитации (TCNL)
Университета штата Висконсин, США*

Шевцова Е.Е.,

зав. лабораторией восстановления глотания, фонации и речи;

Ибрагимова Х.С.,

*логопед ФГБОУ «Федеральный научно-клинический центр
речевых патологий и реабилитологии»;*

Аннотация. В статье рассказывается о методе транслингвальной нейростимуляции в комплексной системе преодоления орально-артикуляционной апраксии у детей.

Ключевые слова. Транслингвальная нейростимуляция, орально-артикуляционная апраксия, нарушения речевого развития.

В последнее время увеличилось количество детей с поражением в эмбриогенезе жизненно важных функций, в том числе и высших психических, включая речь. На развитие функции последней влияет множество факторов. Одна из основных причин дисфункции ЦНС — перинаталь-

ная патология, формирующая функциональную несостоятельность различных уровней регуляции, в том числе и регуляции сосудистого тонуса на уровне церебральной гемодинамики.

У детей задержка развития речи, дефекты артикуляции почти всегда связаны с нарушением

кровообращения головного мозга и аморфно-функциональной незрелостью его кортикальных структур. Расторможенное поведение, гиперактивность, повышенная капризность, утомляемость чаще всего являются следствием регуляторно-нейродинамической дефицитарности.

При экспрессивных речевых расстройствах наблюдается несформированность языковых операций производства высказывания (фонетических, лексических, грамматических) при относительной сохранности смыслового и моторного уровней порождения высказывания. Большинство авторов (В.К. Воробьева, В.П. Глухов, В.А. Ковшиков, Е.Ф. Соботович, Г.В. Чиркина, Р.А. Юрова и др.) связывают алалию с кинетической или кинестетической апраксией и выделяют в связи с этим эфферентную и афферентную формы последней.

При афферентной моторной алалии механизм нарушения речи сводится к кинестетической апраксии, при эфферентной — к кинетической апраксии (по аналогии с афазией).

Афферентные нарушения, приводящие к отсутствию или грубому нарушению самостоятельной речи ребенка, возникают чаще всего в результате аморфно-функциональной незрелости постцентральных участков коры головного мозга,

расположенных в нижнетеменном отделе левого полушария. Эта зона отвечает за кинестетический контроль речевой программы. При ее повреждении наступает афферентная орально-артикуляторная апраксия, когда ребенок испытывает сложности с нахождением артикуляционных поз, воспроизведением слов и фраз.

Для раннего анамнеза детей с орально-артикуляционной апраксией одинаково характерны как антенатальные, так и интранатальные патологические влияния, которые приводят к развитию гипоксии. Внутриутробная гипоксия в сочетании с острой асфиксией и травматическими повреждениями в родах замедляют формирование и дифференциацию третичных структур коры головного мозга и ее созревание. На очаговые изменения коры указывают ЭЭГ-данные.

Несмотря на большое разнообразие форм поражения мозговых сосудов, ведущим фактором в механизме поражения мозга выступает гипоксия. К основным причинам этого нарушения следует отнести осложнения: стимуляция в родах в связи со слабостью или дискоординацией родовой деятельности, стремительные роды, применение в родах пособия по Кристеллеру, что зачастую осложняется травмой шейного отдела и соответственно поражением арте-

рий, обеспечивающих кровоснабжение стволовых структур.

Гипотеза исследования: раннее и интенсивное начало коррекционных психолого-педагогических мероприятий, наряду с нейромоторной реабилитацией и лечебным процессом, будет способствовать улучшению реабилитационного прогноза детей с церебральной дефицитарностью различного генеза с учетом индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей.

Логопедическая (психолого-педагогическая) реабилитация предусматривает такую организацию деятельности специалистов, при которой максимально реализован принцип междисциплинарного и комплексного подхода к коррекционному обучению с учетом онтогенетических закономерностей развития. Психолого-логопедические мероприятия с детьми проводятся после комплексного медико-психолого-педагогического обследования, по результатам которого составляется индивидуальная (персонифицированная) программа коррекционного обучения.

В программу включены такие *виды коррекции*, как:

— дифференцированный логопедический массаж, направленный на формирование соматогностических функций, развитие вкусовых ощу-

ний, кинестетической обратной связи и орально-артикуляционных укладов;

- пассивная и активная артикуляционная гимнастика для формирования оральных поз; развитие символического праксиса;
- использование постуральных методик;
- формирование артикуляционных укладов;
- мультисенсорная стимуляция (зрительная, слуховая, тактильная);
- развитие двигательных навыков.

Работа с пациентами при отсутствии сотрудничества (с низким уровнем сознания, в вегетативном состоянии) заключается в проведении дифференцированного логопедического массажа, пассивной артикуляционной гимнастики, в получении ориентировочных реакций на различные раздражители, использовании постуральных методик.

Комплексно логопед проводит стимуляцию различных анализаторов (зрительного, слухового, обонятельного и т.д.), коррекционную работу по растормаживанию речи (звукоподражания, имитация, вокал), а также других высших психических функций (ВПФ). В процессе предметно-практической деятельности (ППД) логопед-дефектолог осуществляет реабилитационную

работу по формированию мануальных и когнитивных функций в синдроме речевой патологии.

Наряду с традиционными методами в коррекционной работе применяются стандартизированные компьютерные программы для формирования отдельных психических функций, а также аппаратная методика транслингвальной нейростимуляции PoNS Device, предполагающая неинвазивное и физиологическое воздействие.

В рамках поисковой научной темы «Неинвазивная стимуляция пациентов в процессе нейрореабилитации» сотрудники лаборатории восстановления глотания, фонации и речи ФГБОУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (ФНКЦ РР) и логопеды-дефектологи Детского реабилитационного центра «Ковчег» (ДРЦ «Ковчег») Федерального фонда «Наследие Отечества» исследовали пациентов с последствием очагового поражения ЦНС.

Новым направлением преодоления нарушений когнитивных и нейромоторных функций, основанным на восстановлении кинестетической (афферентной) обратной связи, является аппаратная методика транслингвальной нейростимуляции Brain port (современная модификация PoNS

Device). В настоящее время имеются результаты исследований североамериканских, европейских и отечественных клиник, посвященных изучению эффективности и механизмов действия данной методики на пациентах с последствиями черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями, вестибулярными нарушениями.

Данный метод реабилитации основан на активизации ядер ствола мозга (тройничного, лицевого, подъязычного нерва), мозжечка, таламуса, постцентральных нижнетеменных отделов коры головного мозга. Согласно современным представлениям о нейрофизиологических механизмах восстановления нарушенных функций, сложившимся в рамках концепции нейропластичности, компенсаторные возможности и реабилитационный потенциал тесно связаны с имеющейся способностью к значительным функциональным перестройкам корковых связей, обозначаемых термином «пластичность мозга». Данные исследований связывают процесс преобразования синаптических соединений и реорганизацию кортикальных полей у детей и взрослых с феноменом долговременной потенциации (ДП), суть которого состоит в длительном

увеличении нейронной активности определенной структуры после стимуляции ее афферентного входа. Именно этот механизм обеспечивает возможность восстановления синаптических связей по мере снижения отека мозга и способствует формированию денервационной гиперчувствительности, при которой образуются новые рецепторные каналы.

Восстановительное и коррекционное обучение осуществляется по специальной, заранее разработанной программе. Комплексная стимуляция позволяет активировать нейромедиаторные, моторные, сенсорные и когнитивные функции, а также функцию жевания и глотания.

В ФНКЦ РР и ДРЦ «Ковчег» транслингвальная нейростимуляция по методике PoNS Device осуществляется в процессе тактильной, обонятельной, вкусовой и аудиовизуальной стимуляции в сочетании с дифференцированным логопедическим массажем. Возможности учета динамических изменений функциональной активности коры и объективизации ответной реакции мозга на вмешательство предоставляет оценка ваго-симпатического статуса, основанная на вариабельности сердечного ритма при помощи аппарата ANI. Известно, что ваго-симпатическая реакция (BCP) связана с функционированием сер-

дечно-сосудистой и вегетативной нервной систем, эмоциональной и нейрокогнитивной регуляцией работы организма. Вариабельность сердечного ритма может служить показателем способности к социальной адаптации и нейрокогнитивной функции и взаимообусловлена биологической обратной связью. Биологическая обратная связь ВСР может быть полезной методикой реабилитации у пациентов с повреждениями головного мозга.

ANI-мониторинг позволяет оценить состояние ноцицептивной системы. Он также отражает реакцию пациента на стресс и на любые другие внешние раздражения, влияющие на комфорт пациента — состояние, при котором активность ЦНС и ВНС находится в нормальных пределах, а действие раздражителя не вызывает выраженной реакции на стимул. Специалисту необходимо подтвердить и оптимизировать эффективность мониторинга уровня комфорта и определить его роль в коррекции безречевых детей и пациентов в состоянии минимального сознания.

В 2017—2018 гг. обследовались 18 детей с I уровнем речевого развития: осуществлялась оценка ваго-симпатического статуса методом ANI в покое и с использованием различных воздействий (методика PoNS Device

в сочетании с тактильной, вкусовой, обонятельной, аудиовизуальной, ритмической двигательной стимуляцией).

Формирующий эффект достигается за счет введения новых, «обходных» способов выполнения тех или иных речевых и гностико-праксических операций — как внутри одного анализатора, так и с привлечением других неповрежденных анализаторов.

Работа по восстановлению нарушенных неречевых функций требует соблюдения общих принципов восстановительного обучения — этапности, системности, дифференцированности, опоры на интактные (сохраненные) анализаторы и, следовательно, на неопстрадавшие звенья деятельности с целью осуществления функции на новых, компенсаторных началах. Сенсорная стимуляция включает специфические приемы коррекционного и восстановительного обучения, рассчитанные на восприятие стимульного материала.

В ходе исследования были выявлены следующие типы реакций:

- увеличение АНИ происходит при звуковой стимуляции (45%);
- световой стимуляции (100%);
- вкусовой стимуляции (50%);
- смене положения тела (27%);
- логопедическом массаже (48%);
- музыкально-ритмической стимуляции в сочетании с пере-

крестными движениями рук и ног (45%).

Таким образом, в ходе исследования была подтверждена эффективность использования методики транслингвальной нейростимуляции и АНИ как метода динамического наблюдения, коррекции и оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий, повышающих уровень комфорта и оказывающих влияние на результат коррекционного обучения.

Изучение опыта применения мультисенсорной стимуляции в сочетании с транслингвальной нейростимуляцией (Brain port, модификация PoNS) на определенных этапах коррекционной работы показало, что данная методика способствует формированию орально-артикуляционного праксиса. Это перспективное направление коррекции и реабилитации детей и взрослых с повреждением кортикальных и субкортикальных отделов головного мозга.

Литература

- Доброхотова Т.А.* Психостимулотерапия (ПСТ) // Нейротравматология: Справочник / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Ростов-н/Д., 1999.
- Бадалян Л.О.* Детская неврология. М., 1984.
- Бенилова С.Ю.* Патогенетические подходы к комплексному лечению

нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы. М., 2005.

Глезерман Т.Б., Красов В.А., Дмитрова Е.Д. Нейропсихологическое изучение состояния легкого интеллектуального недоразвития у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. № 3.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.

Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического

развития // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1980. № 3.

Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С. Лебединской. М., 1982.

Марковская И.Ф. Задержка психического развития. М., 1993.

Шухова Е.В. Реабилитация детей с заболеваниями нервной системы. М., 1979.

Реабилитация детей с онкологическими заболеваниями

Медведева О.В.,

коррекционный педагог, логопед «Лечебно-реабилитационный научный центр “Русское поле”» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д. Рогачева», д. Гришенки Чеховского р-на Московской обл.

Аннотация. В статье кратко описаны принципы и направления реабилитации у детей с онкологическими заболеваниями, выделены задачи и методы клинко-психологической реабилитации с данной категорией пациентов.

Ключевые слова. Онкологические заболевания, реабилитация.

За последние несколько лет в России достигнуты значительные успехи в излечении онкологических заболеваний в детском

возрасте. Однако после длительного, изматывающего лечения дети и их близкие нуждаются в устранении его последствий, а

также в комплексной медицинской, психологической, педагогической и социальной помощи.

В ЛРНЦ «Русское поле» дети с онкологическими заболеваниями проходят реабилитацию, включающую систему медицинских психолого-педагогических, социальных мероприятий как в процессе лечения, так и по его окончании с целью максимально полного восстановления нарушенных вследствие заболевания функций, реализации физического, психического и социального потенциала, интеграции ребенка в социум. Эти мероприятия направлены на предупреждение или снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни.

Таким образом, реабилитация детей с онкологическими заболеваниями связана с профилактикой инвалидности, поскольку направлена на предотвращение или ослабление осложнений в период лечения и помощь в достижении максимальной физической, психической, социальной, а в последующем — профессиональной и экономической состоятельности.

Реабилитация (от лат. *habilis* — способность, *rehabilis* — восстановление способности) — восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, хими-

ческими и социальными факторами.

Абилитация детей с онкологическими заболеваниями — система лечебных и психолого-педагогических мероприятий, направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального и психофизического развития. Это очень важное направление реабилитационной работы в детской онкологии. Оно касается, в первую очередь, детей раннего и младшего дошкольного возраста, у которых в связи с заболеванием и лечением отмечаются регрессивное поведение, отставание в физическом и ментальном развитии, нарушение формирования речи, сенсорных, двигательных и других функций.

По нашим наблюдениям, у старших дошкольников и подростков наблюдается существенная социальная дезадаптация, поэтому им нужны не только реабилитация, но и абилитация. В связи с длительным и тяжелым лечением (химиотерапия, лучевая терапия), оторванностью от общества сверстников у многих детей отмечается десоциализация — неприспособленность к жизни в обществе, несформированность навыков общения, недостаточное усвоение правил, ценностей, необходимых для успешной жизнедеятельности, неумение идентифицировать себя с социальной

группой, обществом, культурой, что препятствует личностному росту, появлению чувства заброшенности и отчужденности. Поэтому важным направлением реабилитационной работы служит социализация — процесс становления личности, постепенное усвоение и воспроизведение индивидом культурных норм и социальных ролей, необходимых для успешной жизни в обществе.

Основные принципы реабилитации детей с онкологическими заболеваниями:

- раннего начала, непрерывности, этапности: реабилитация детей должна осуществляться начиная с момента установления диагноза болезни, и до полного возвращения ребенка в общество на всех этапах (госпитальном, амбулаторном и диспансерном);
- комплексности: проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учетом всех проблем ребенка — медицинских, психолого-педагогических, социальных;
- доступности: реабилитация должна быть доступной для всех, кто в ней нуждается, независимо от социального статуса и материального положения;
- индивидуальности и гибкости: реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющемуся состоянию ребенка,

структуре его проблем, изменению в семейной системе.

Объектом реабилитации ребенка должна быть вся семья как единая система. Залогом успеха служит активное участие ребенка и всех членов семьи в процессе реабилитации, а не состояние пассивного «потребления» реабилитационного вмешательства.

Направления реабилитации детей с онкологическими заболеваниями

- Медицинская. Восстановление функционального состояния органов и систем организма, нарушенного в результате перенесенного онкологического заболевания и осложнений специальной терапии; лечение сопутствующих заболеваний.

- Физическая — важнейший компонент медицинской реабилитации — укрепление мышечного корсета, коррекция нарушений осанки, адаптация кардио-респираторной системы к нагрузкам, закаливание с использованием физиотерапии, массажа, ЛФК, кинезотерапии, аппаратной реабилитации, лечебного плавания, активной рекреационной деятельности (спортивные и подвижные игры на воздухе), участие в спортивных соревнованиях, оздоровительное плавание в бассейне.

- Психологическая — диагностика и коррекция психоэмоци-

ональных, поведенческих и когнитивных нарушений. Онкологическое заболевание, связанное с высокой ятрогенной агрессией и длительной социальной депривацией, чрезвычайно травматично для психики ребенка и может быть квалифицировано как психотравма. Длительное воздействие эмоционального стресса травмирует неокрепшую психику, приводит к дистрессу, формирует посттравматические стрессовые симптомы (ПТСС) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а также травматические незрелые защитные механизмы.

Последствия психотравмы: высокая тревожность, агрессия или депрессия, эмоциональные, поведенческие и соматические симптомы (часто имеющие «защитный» характер), нарушение индивидуального развития, проблемы формирования образа «Я», личностные проблемы. Токсическое действие химиотерапии и облучения, оперативные вмешательства на головном мозге вызывают нейрокогнитивные нарушения (повреждение высших нервных функций — памяти, внимания, мышления).

Основными направлениями психологической реабилитации служат психодиагностика, психо-, нейрокоррекция, психологическое и семейное консультиро-

вание, психологические просвещение и профилактика.

- Психолого-педагогическая — система диагностических, коррекционных и профилактических мероприятий, направленных на решение личностных и семейных проблем, развитие интеллектуальных способностей, устранение устойчивых вредных привычек и девиаций поведения. Ключевую роль играет формирование специфической педагогической среды с безусловным принятием каждого ребенка, способствующей снижению тревожности, повышению самооценки, восстановлению нормального общения со сверстниками, стимулированию познавательной активности.

- Академическая — ключевой компонент, ядро социальной реабилитации ребенка школьного возраста, предполагающий создание необходимых условий для успешной интеграции ребенка в школу: организация госпитальных школ и создание специальных программ академической реабилитации еще на этапе противоопухолевой терапии и помощь в возвращении ребенка в школу по окончании лечения.

- Социальная реабилитация семьи — помощь в решении всего комплекса медико-социальных проблем: финансовых (в том числе с включением ресурсов бла-

готовительных организаций), юридических (правовая поддержка и сопровождение), жилищных, помощь в трудоустройстве.

Задачи клинико-психологической реабилитации детей с онкологическими заболеваниями:

- коррекция когнитивных функций: развитие памяти, внимания, зрительно-моторной координации, оптико-пространственных представлений, мелкой моторики, наглядно-действенного / наглядно-образного / вербально-логического мышления, пространственно-конструктивной и предметной деятельности, графомоторных навыков, познавательной активности;
- эмоциональная поведенческая коррекция: нормализация детско-родительских отношений, развитие коммуникативных (вербальных и невербальных) навыков в совместной деятельности со сверстниками, социальных навыков, навыков рефлексии, стратегического мышления, произвольности и опосредованности эмоций, формирование / расширение репертуара адаптивных копинг-стратегий, формирование / укрепление внутреннего локус-контроля, формирование / повышение учебной мотивации, формирование социально-приемлемых сте-

реотипов поведения и способов выражения эмоциональных состояний, произвольной саморегуляции поведения, психообразовательное консультирование (понимание характера и особенностей психоэмоционального состояния, расстройств), проблемно-ориентированное консультирование, работа с актуальным эмоциональным состоянием пациента / родителя (психологическая поддержка, поиск и активизация ресурсов, снижение напряжения).

Методы клинико-психологической коррекции детей с онкологическими заболеваниями:

- коррекция когнитивных функций — включает в себя интерактивные методы, комплексную психологическую и нейропсихологическую коррекцию, психомоторное развитие когнитивных функций;
- эмоционально-поведенческая коррекция — предполагает индивидуальную, семейную, групповую психологическую коррекцию.

Данные направления реабилитации наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания детям с онкологическими заболеваниями комплексной специализированной помощи в условиях реабилитационного центра.

Письмо в редакцию

Здравствуйте, уважаемая редакция журнала «Медработник ДОУ»!

Очень надеюсь на ваши помощь и совет. Итак, по порядку. У меня мальчик 11 лет с диагнозом расстройство аутичного спектра (РАС). Мы живем в Греции на острове Родос. Папа мальчика — грек.

Началось все в 4 года. Воспитатели детского сада стали жаловаться, что мальчик не понимает простейших инструкций, смотрит на рядом сидящего, чтобы выполнить задание. Да, заговорил он достаточно поздно, но мы все списывали на двуязычность. Все-таки мы решили его проверить и поехали в детский госпиталь в Афинах. Там нам и поставили диагноз РАС в очень легкой форме и предписали лого-, эрготерапию и занятия с психологом.

На Родосе мы попытались сделать все это по страховке, но после комиссии в госпитале нам диагноз РАС не подтвердили и ничего не назначили. Также и другие специалисты говорили, что у мальчика задержка развития в легкой форме, и если с ним заниматься, то нарушения пройдут. В результате мы стали пользоваться услугами логопеда

и психолога, поскольку посчитали, что это необходимо на тот момент.

Это наш первый и единственный ребенок (не с кем было сравнить) и нам он казался нормальным: гиперактивным, избалованным, но никак не с аутизмом. Мы и понятия не имели о РАС, и диагноз врача из Афин нам показался преувеличенным. Там, в госпитале, к тому же, все быстро так было, на потоке, что нам казалось: врач мог и ошибиться, ребенок был уставшим, испуганным. Поэтому отнеслись к диагнозу с сомнением.

В развитии сын всегда отставал от других детей: и в речи, и в заданиях, но, тем не менее, в просьбе оставить его в подготовительной к школе группе еще на один год мне отказали, сославшись на то, что ребенку будет трудно, но он постепенно нагонит сверстников. Все это время у ребенка наблюдаются гиперактивность и невозможность сосредоточиться.

В первом классе обычной школы все было плохо, он не понимал материал, и его оставили на второй год (хотя опять не хотели). Нам дали тьютора, который из-за кризиса в стране до

прошлого года (4-й класс) не появился. Занимались с ним дополнительно в спецклассе по часу в день. Мы взяли на дом учителя для детей с трудностями.

Прогресс был, но сверстников мальчик догнать не мог. А в 9,5 лет у него изменилось поведение, он стал просто невыносим в какие-то дни, нервный без причины, повторяет одно и то же и что-то совершенно не относящееся к моменту. С прошлого года (ему уже было 10 лет) мне начал звонить директор школы и жаловаться на его поведение, что, дескать, мальчик ходит по классу и обзывается, поет матерные песни.

Тогда мы опять обратились к специалистам. Детский психиатр, несколько раз осматривая ребенка, поставил диагноз — синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), выписал препарат «Стратера» и предупредил, что, возможно, симптомы аутизма станут сильнее (а может и исчезнут, чего, конечно, не произошло).

С прошлого декабря мальчик принимает препарат, есть улучшения, что заметили все учителя: он стал намного сосредоточеннее. Наконец, в класс пришел тьютор — молодая девушка, очень красивая. Мальчик в нее даже влюбился. Прогресс в учебе был хороший: в языке на

уровне конца 3-го класса, в математике намного хуже (таблицу умножения не начинали даже).

Сейчас наблюдаются отклонения в поведении, мальчик сторонится людей, у него нет друзей. Может поиграть с соседскими детьми, но потом они его выгоняют или сам уходит. Сын не любит здороваться с людьми и разговаривать, не хочет, чтобы и я это делала. Может повторять одну и ту же фразу много раз подряд (когда это что-то важное для него, например, просит купить ему игрушку или пойти в какое-нибудь интересное место). Мальчик не любит изменений (даже моя новая тушь для ресниц ему не нравится, он просит ее смыть). Может доводить меня до умопомрачения, повторяя одно и то же (например, почему я нервная или не улыбаюсь). Все это очень тяжело наблюдать, не зная как помочь.

Вчера мы пошли к эрготерапевту, она сказала, что потеряно очень много времени. Нужно было обратиться давно. Сейчас ребенку уже 11 лет, и чего-то уже нельзя исправить. Все эрготерапевты на Родосе заняты, она пообещала помочь, но гарантии нет. Ждем звонка от нее. Еще у нас есть два психолога.

Что нам делать дальше, чтобы опять не терять времени? Какие специалисты первостепенны?

Мы можем переехать в Россию, но ребенок не говорит по-русски. Смогут ли ему помочь в этом случае? Как вообще обстоят дела с РАС в России? Есть ли смысл переезжать? Можно ли наладить консультации на расстоянии или специалист должен быть рядом?

Слышала о различных методах лечения РАС, например о DIR Floortime. Может ли он исправить нарушения?

Извините за такое огромное письмо, я постаралась как-то донести до вас картину. Буду очень вам благодарна за совет. Мы в отчаянии, чувствуем себя беспомощными и готовы на все, только чтобы помочь ребенку. Вопрос: как?

С уважением, Анна

Ответ

Заключение невролога

Для постановки правильного диагноза необходимо выяснить, как протекали беременность и роды, как ребенок развивался на первом году жизни, как осуществлялось его речевое развитие, насколько сформирована коммуникация с людьми, предметами, социальные навыки (одевание, раздевание, туалет), понимает ли он назначение предметов. По письму сложно судить об интеллектуальных возможностях ребенка и предполагаемом

диагнозе «аутизм». Необходимо обследование неврологического статуса, ЭЭГ.

Ф.И. Джиганишина, врач высшей категории, детский невролог ГБУЗ ДГП № 148 ДЗМ, Москва

Заключение клинического психолога

Нужно посмотреть несколько видео-роликов, чтобы оценить, как ребенок ведет себя в знакомой среде, посмотреть, есть ли у него стереотипное поведение, как он взаимодействует со сверстниками.

Важно знать, как ребенок питается, какие у него рост и масса тела, хватает ли организму микроэлементов и витаминов, аминокислот, получаемых из пищи, или их необходимо вводить дополнительно.

Есть ли заключение эрготерапевта? Можно ли его прочитать на русском языке?

Мое мнение исходя из письма: поскольку на «странное поведение» ребенка внимание обратили только в возрасте 4 лет, следовательно, у него, скорее всего, не наблюдалось очень сильного стереотипного поведения: характерные движения кистями рук, прыжки, хождение на носочках. Значит, в раннем детстве мы не можем оценить, что был весь набор «красных флажков» для постановки диагноза «аутизм».

На данный момент Ваши проблемы нужно разделить на несколько частей: это проблемы коммуникации с детьми (судя по тому, что с ребенком не хотят общаться сверстники, они могут иметь место); проблемы с учебными навыками, с поведением; с вербальной стереотипией. (Вы пишете, что ребенок спрашивает одно и то же и этим очень сильно напрягает окружающих.) По каждому пункту нужно разбираться отдельно и выписывать, что именно беспокоит больше всего и что можно сделать на данном этапе и в долгосрочной перспективе.

Если есть проблемы с соматическим здоровьем или физическим состоянием ребенка, ими тоже необходимо заняться.

Я хочу сказать два слова про стереотипное вербальное поведение. Если Вы реагируете на него определенным образом, то подкрепляете его. В дальнейшем ребенок будет повторять это снова и снова, чтобы получить реакцию. Почитайте про функции поведения у детей с РАС, я не думаю, что это именно Ваш ва-

риант, но ознакомиться с данной информацией стоит, чтобы понимать, как реагировать Вам и окружающим. Вот тут статья на русском языке об этом: <http://outfund.ru/kak-opredelit-funkciyu-povedeniya-pri-autizme/>

Информацию о том, как работать с проблемным поведением у ребенка, можно найти здесь: <http://outfund.ru/kak-rabotat-s-problemnym-povedeniem-rebenka-s-autizmom/>

Я рекомендую Вам статьи о детях с РАС, но это не означает, что у Вашего ребенка аутизм. Просто именно этот контингент детей дает похожие поведенческие проблемы, и они достаточно описаны в литературе.

Нужно заполнять таблицу проблемного поведения.

По нашему формату обучения в РФ ее должен проанализировать поведенческий аналитик — АВА-терапевт. Возможно, такие специалисты есть и в Греции. По моему опыту, с большинством вопросов могут справиться родители и специалисты помогающих профессий — дефектологи, психологи и т.п.

Дата и время	Что сделал ребенок	Что случилось сразу перед этим	Что случилось сразу после этого	Дата и время

В эту таблицу нужно вносить время нежелательного поведения, что было до того, как поведение началось, что случилось сразу после этого. Пример заполнения от израильских специалистов по АВА приведен ниже.

Когда у Вас будут листы такого поведения из школы ребенка, от Вас, когда ребенок дома, когда

он на улице, в магазине, машине и т.п. и их будет достаточно много, можно будет проанализировать функцию поведения. Уверена, Вы найдете много совпадений и выделите пару функций, которые будут основными для ребенка. Тогда сможете со специалистами помогающих профессий приготовить списки

Таблица для записи неадекватного поведения

Дата и время	Что сделал ребенок	Что случилось сразу перед этим	Что случилось сразу после того, как ребенок это сделал
25.04 14. 00	Шай надел мамины туфли на каблуках и стал бегать по комнатам, громко стуча ногами	Мама и папа разговаривали во время приготовления обеда	Мама сказала, чтобы прекратил шуметь и что это опасно — бегать на каблуках
25.04. 14.01	Шай продолжает бегать на каблуках	—	Мама делает замечание еще раз
25.04. 14.03	Шай продолжает бегать на каблуках	—	Мама повышает голос и говорит, что если не прекратит, то не будет играть в компьютер
25.04. 14.04.	Шай снял мамины туфли и надел папины, опять начав громко шлепать	—	Папа раскричался и забрал у него туфли силой
25.04. 14.08	Шай ударил сестру	—	Мама делает еще одно замечание

мероприятий, которые помогут не допускать этого поведения и будут правильными, если поведение все-таки случилось.

Нужно выяснить, что у ребенка с сенсорикой? Есть ли какой-то сенсорный поиск, есть ли потребности в стимуляции определенной сенсорной области?

Теперь хочу ответить по поводу Вашего переезда в Россию. В Москве, конечно, все неплохо с диагностикой. Можно записаться на консультацию к Елисею Осину — он считается хорошим диагностом по аутизму. Однако придется ждать около трех месяцев. Есть еще официальный ADOS в одной из психоневрологических клиник Москвы. Но все тестирования осуществляются на русском языке. Инструкции также на русском, ребенку будет сложно.

Инвалидность оформить можно, но в таком возрасте будет трудно. Пособия по инвалидности будут незначительные или их вообще может не быть, поскольку ребенок гражданин другого государства.

Реабилитация в России, в основном, платная, от государства мы мало что можем получить. Реабилитации в Центре «Наш Солнечный Мир» (80 занятий) обойдется в 100 000 руб. Будут проводиться занятия с логопедом, по иппо-, арт-терапии, когнитивная деятельность. Если добавить

АВА-терапию, соматосенсорику и музыкальную терапию, будет дороже. В детском развивающем центре «Белая Ворона» средний курс АВА-терапии обойдется в 200 000 руб.

Все занятия проводятся на русском языке, специалистов, которые будут говорить с ребенком на греческом, найти очень сложно. Иначе говоря, Вам нужно будет все переводить, а это значит, инструкцию ребенок будет получать от Вас. Это затруднит процесс обучения и удлинит его.

Климатическая зона у нас другая. На фоне переезда могут обостриться соматические заболевания. Ребенок будет вырван из привычных условий, разлучится с папой, и это станет источником стресса, что может повлечь за собой всплеск нежелательного поведения.

Я думаю, что Ольга Викторовна Дружиловская сможет дать Вам рекомендации по обследованию и диагностике для составления более подробного маршрута реабилитации.

Я же рекомендую Вам почитать литературу по РАС, посмотреть материалы форумов, опросники в Интернете. Это абсолютно не значит, что у Вашего ребенка аутизм. Однако поскольку у ребенка есть поведенческие проблемы, знания в области коррекции помогут с ними справиться.

ся. А когда проблемы поведения уходят, обучение, когнитивная и речевая деятельность смогут улучшиться.

В. Тогулева, клинический психолог, консультант по пищевому поведению детей с РАС и с ограниченными возможностями здоровья

Логопедическое заключение

Добрый день! Те признаки, которые Вы описали, могут быть характерны для такого нарушения, как сенсомоторная алалия. Она представляет собой несформированность речевого функционала на достаточно глубоком уровне. При этом в большинстве случаев удастся диагностировать проблему еще в дошкольном возрасте, когда можно скорректировать ее развитие и обеспечить ребенку нормальную последующую жизнь.

Заболевание может быть системным или обширным. Иными словами, нарушение касается сразу всех компонентов речи и проявляется достаточно специфично.

Выделяют несколько *типичных признаков сенсомоторной алалии*:

- минимальный словарный запас;
- позднее формирование речевого функционала;
- нечленораздельное (проблемное) произношение;

— проблемы слоговой структуры. Патология имеет ярко выраженное проявление.

Симптоматика сенсомоторной алалии:

- проблемы с координацией;
- дефекты мелкой моторики;
- неловкость;
- проблемы с самостоятельным обслуживанием, к примеру, застегивание пуговиц или завязывание шнурков;
- нарушение внимания, реакции, памяти, концентрации;
- гиперактивность или инертность и повышенная утомляемость в зависимости от характера повреждения ребенка;
- понимание чужой речи, но невозможность выполнения самостоятельной речи;
- запаздывание формирования речевых навыков;
- невозможность повторения за другими людьми;
- заикание;
- проблемы с артикуляцией;
- малый запас слов.

Неврологические проявления сенсомоторной алалии:

- непонимание обращенной речи;
- высокая речевая активность, но разговаривает ребенок на «собственном» языке;
- грубые нарушения фонематического слуха.

Может быть, имеет смысл обратиться к специалистам, чтобы

они рассмотрели возможность постановки диагноза сенсомоторная алалия. И тогда методы коррекции будут значительно отличаться от тех, которые Вы получали.

И.А. Иванова, логопед высшей квалификационной категории, ГБОУ «Школа № 2005», Москва

Итоговое заключение

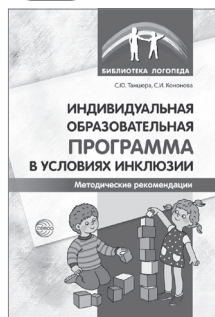
По результатам анализа специалистов видно, что необходима дополнительная диагностика ребенка. Прежде всего нужно провести дефектологическое исследование сенсомоторной сфе-

ры и внимания, мыслительных операций, исследование памяти и эмоционально-волевой сферы, обучающий эксперимент с целью выявления «зоны ближайшего развития» и определения способностей ребенка к переносу новых знаний на подобный материал.

Мы предлагаем родителям ребенка приехать в Россию и пройти дообследование в клинических и психолого-педагогических условиях. Базы для диагностики расположены как в Санкт-Петербурге, так и в Москве.



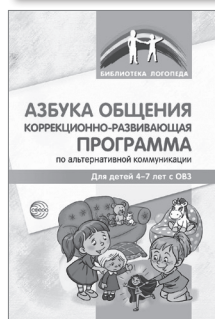
Книжная полка



ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ **Методические рекомендации**

Авторы — Танцюра С.Ю., Кононова С.И.

В книге даны психолого-педагогическая характеристика обучающихся с различными нарушениями, модели включения «особых» детей в среду нормально развивающихся сверстников в условиях инклюзии. Обобщен опыт специалистов, представлены индивидуально-образовательный маршрут ребенка с ОВЗ, рекомендации педагогам и родителям.



АЗБУКА ОБЩЕНИЯ

Коррекционно-развивающая программа по альтернативной коммуникации для детей 4—7 лет

Авторы — Танцюра С.Ю., Горохова Ю.М., Крупа Н.Б., Анушина Л.В.

В книге представлена коррекционно-развивающая программа для детей 4—7 лет с ограниченными возможностями здоровья по альтернативной коммуникации, дано описание воспитанников с особенностями в развитии, нуждающихся в использовании средств альтернативной и дополнительной коммуникации. Приведены примеры занятий по формированию представлений об эмоциях.

Стимуляция речевой активности детей раннего возраста как основа развития чувства языка

Суздальцева Л.В.,

*ст. преподаватель кафедры дошкольной дефектологии и
логопедии НОУ ВО «Московский социально-педагогический
институт», Москва*

Аннотация. В статье подчеркиваются актуальные вопросы развития речи детей раннего возраста, рассматриваются понятия «языкового чутья», «чувства языка», способы стимуляции речевой активности, приводятся примеры игровых упражнений для формирования психофизиологических процессов и основ речевой деятельности.

Ключевые слова. Речь, языковое чутье, чувство языка, семантика, грамматика, психофизиологические процессы, сенсорное воспитание, речевая активность, ранний возраст.

На сегодняшний день образная, лексически богатая, грамматически и синтаксически оформленная речь у дошкольников — редкое явление. Все чаще в практике дошкольного воспитания мы сталкиваемся с проблемами речевого развития детей: их речь односложна, бедна, аграмматична; дети не способны грамотно и доступно сформулировать вопрос, дать краткий или развернутый ответ, обосновать свою точку зрения; испытывают трудности в конструировании монологов (описаний игрушек, предметов, картин, рассказов из личного опыта, мо-

нологов-рассуждений и пр.). Все чаще приходится сталкиваться с отсутствием навыков культуры речи: неумением использовать интонации, регулировать громкость голоса, темп речи, применять правила речевого этикета.

Судить о начале развития личности ребенка без оценки его речевого развития невозможно. В психическом развитии речь имеет исключительно важное значение. Для становления речевой грамотности дошкольников, уже начиная с раннего возраста, родителям и педагогам необходимо развивать у детей чувство

языка — интуитивное владение им, проявляющееся в использовании лексических, стилистических, морфологических и прочих конструкций.

Бессознательно чувство языка вырабатывается у детей с доминирующим образным мышлением, хорошими памятью, вниманием и восприятием зрительной информации. Это не значит, что детям с другими психофизическими особенностями чувство языка недоступно. При регулярном выполнении ряда рекомендаций и упражнений это вполне возможно.

Активизирующие игры и занятия очень важны для умственного, а следовательно, и речевого развития маленьких детей. Во время занятий у них исподволь формируется умение сосредотачиваться на том, что им показывает и говорит взрослый. Опираясь на способность и склонность маленьких детей к подражанию, взрослый побуждает их воспроизводить показанные действия, повторять сказанные слова.

Развитие сосредоточенности и способности к подражанию — необходимое условие усвоения сведений и умений. Это одна из важных задач, которая должна быть решена в ходе игр и занятий, тем более что не все дети в равной мере овладевают этими качествами.

Привлекая внимание детей, возбуждая их интерес, взрослый закладывает первые начала в развитии такого важного качества, как любознательность, которое является составным компонентом языкового чутья. На занятиях ребенок, приученный слушать взрослого, смотреть на то, что ему показывают, овладевает определенными знаниями. Он многое узнает о разных предметах: об их назначении, внешнем виде, свойствах (форма, цвет, величина, вес, качество материала) и др. Развивается и совершенствуется восприятие ребенка — второй составной компонент описываемого явления.

Показывая, рассказывая что-то детям, взрослый раскрывает перед ними мир доступных для их понимания явлений природы, вещей, параллельно с этим развивает коммуникативную сферу. Понять все эти явления ребенок не может без поясняющего слова, поэтому на занятиях ставится задача — научить детей слушать и понимать обращенную к ним речь и самим пользоваться ею.

Особенно хорошо дети усваивают сведения об окружающих их предметах и явлениях, когда они имеют возможность не только созерцать, но и активно действовать. В процессе этой дея-

тельности у них вырабатываются целеустремленность, активность и некоторая плановность действий. Все, что ребенку показывают, должно быть подкреплено словом. Ему говорят: «Это флажок, чашка, кубик, домик и т.д.», называют действия: «Беру утюг, глажу рубашечку». Восприятие ребенком предметов и действий становится более точным, конкретным, поскольку своим словом взрослый направляет его внимание на те свойства и качества предмета или явления жизни, которые он считает нужным показать.

Когда взрослый называет предмет, его качество или действие с ним, ребенок получает не только зрительные впечатления, но и улавливает на слух их словесное обозначение. На вопрос: «Где кукла, собачка?» малыш поворачивается в ту сторону, где они находятся, и показывает рукой. Это значит, что у него образуется связь между предметами, явлениями действительности и обозначающими их словами. По мере того как ребенок овладевает речью, он не только узнает, учится различать предметы, но и называет их, с помощью взрослого усваивая их семантическую и грамматическую сторону, что также входит в языковое чутье. Важно развивать в процессе занятий образное мышление и па-

мять, способствующие формированию чувства языка.

Игры-занятия с детьми первого года жизни

Они направлены на развитие психических процессов и формирование чувства языка.

1 месяц

- «Улыбка чеширского кота»

Улыбаясь и ласково разговаривая с ребенком, медленно перемещайте ваше лицо вправо и влево, чтобы он мог следить за вашими движениями. Чуть позже то же самое повторите с яркими игрушками.

- «Калейдоскоп звуков»

Познакомьте малыша с разнообразными звуками: звоном погремушки, мелодией музыкальной шкатулки. Постепенно приближайте и удаляйте от ребенка источник звука. Это упражнение развивает слуховое внимание и сосредоточенность.

- «Кто здесь?»

Положите малыша на живот и позвоните погремушкой, чтобы он немного приподнял голову в поисках звука.

2 месяца

- «Знакомство на ощупь»

Вложите в ручку малыша небольшой предмет или игрушку из пластмассы, затем замените его на мягкую тряпочку, потом

на влажную салфетку, мягкую игрушку. Меняйте так предметы, пока ребенку не надоест.

Упражнение развивает сферу чувств, тактильное восприятие.

- *«Монохромный мир»*

Окружите малыша игрушками и предметами с черно-белыми узорами для тренировки зрения. Он будет с интересом рассматривать черно-белые полосы шириной 5 см, черные точки на белом фоне диаметром 2,2 см, шахматную доску и концентрические круги, а также силуэты на фоне окна. Расположите игрушки и предметы так, чтобы ребенку было удобно рассматривать их, и периодически меняйте. Говорите с ребенком, показывая картинки и предметы.

3 месяца

- *«Абракадабра»*

В моменты особой «разговорчивости» ребенка гулите вместе с ним, учите его новым звукам.

- *«Самолет»*

Положите ребенка на живот себе на руку и «полетайте» по комнате, громко жужжа.

- *«Ножки»*

Положите ребенка на спину и поработайте его ногами под потешку.

Игрушки в этом возрасте предпочтительнее из мягкой ткани, периодически нужно их

менять, чтобы не наскучили. Показывайте малышу и бытовые предметы: зеркальце, ложку, часы, обязательно озвучивайте их названия, произносите звукоподражания.

4 месяца

- *«Гляделки»*

Поймайте взгляд малыша и медленно наклоняйте свою голову в сторону: ребенок повернет свою. Положите его на бок, и он повернет голову, чтобы снова видеть ваше лицо. Ласково общайтесь с малышом, чтобы он улавливал вашу интонацию.

- *«Прятки»*

Накройте свою голову платком и спросите: «Где мама?» Снимите его и покажитесь малышу: «Вот мама!» Затем спрячьтесь снова. Так же можно прятать различные игрушки и предметы, вызывая поисково-ориентировочную реакцию.

- *«Ну-ка отними!»*

Держите игрушку перед лицом малыша: он обеими руками будет притягивать ее к себе. Будьте терпеливы и держите игрушку, покачивая ею, пока малыш ее не схватит.

5 месяцев

- *«Катание на валике»*

Положите под живот малыша мягкий, но упругий валик так,

чтобы, отталкиваясь ногами, ребенок мог перекатываться на нем вперед и назад. Можно повторять звукоподражание: «Кач-кач».

- *«Миниатюры»*

Разыграйте с помощью игрушек небольшие миниатюры. Например, зайчик прыгает по кровати, затем прячется и появляется снова и т.п.

- *«По кочкам, по кочкам»*

Посадите малыша к себе на колени и под веселую потешку на каждый ударный слог показывайте его вверх-вниз.

6 месяцев

- *«Мир прекрасного»*

Окружите ребенка разными изображениями: красочными картинками, черно-белыми и цветными фотографиями, репродукциями картин. Время от времени меняйте изображения.

Это развивает зрительное восприятие, способствует зарождению предпосылок для образного мышления.

- *«Волшебный мешочек»*

Сложите разные предметы в мешочек или коробочку и предоставьте малышу возможность вытаскивать его содержимое. Рассмотрите вместе каждую вещь, расскажите и покажите ребенку, зачем она нужна.

- *«Снова и снова!»*

Повторяем действия: с горки съезжает машинка или скатывается мяч, из-за ширмы появляется и прячется игрушка.

Игрушки малыши любят мять, нажимать на них, и хорошо, если они в ответ будут издавать разные забавные звуки. Установите над ребенком дугу с игрушками или положите кроху на развивающий коврик.

7 месяцев

- *«Кто в книге?»*

Вместе с малышом откройте книгу с крупными иллюстрациями. Показывая на рисунок, спросите: «Кто это?» Немного подождите и сами ответьте: «Мишка». Укажите на следующий рисунок и т.д.

- *«Ты — мне, я — тебе»*

Сядьте напротив малыша и толкните в его сторону большой мяч. Подождите, пока ребенок сделает то же самое. Приучайте малыша выполнять маленькие поручения, озвучивайте действия словами.

- *«Это ты!»*

Поднесите малыша к зеркалу, покажите, где у него глаза, нос, рот.

Игрушки, интересующие ребенка этого возраста, и игрушками-то назвать сложно. Малыш будет в восторге от всего, чем можно пошуршать, комкая в

кулачке: от бумаги, фольги, целлофана и т.п.

8 месяцев

- *«Кто сказал мяу?»*

Познакомьте малыша с «языком животных». Покажите на изображение кошки и спросите: «Как говорит киса?» Немного подождите и сами ответьте: «Мяу-мяу». Расскажите ребенку, как кричат собачка, лягушка, цыпленок, сова и т.д.

- *«Доползти до игрушки»*

Положите недалеко от ребенка интересную игрушку и словами побуждайте его доползти до нее. Когда дистанция будет взята, похвалите малыша, дайте время немного поиграть с игрушкой. Затем положите игрушку чуть дальше. Так малыш будет учиться преодолевать все большее расстояние.

9 месяцев

- *«Одно в другое»*

Предоставьте малышу предметы разной величины и покажите, как вкладывать маленькие вещи в большие. Например, сложите маленькие стаканчики в коробку, а вот коробку в стаканчик никак не влезает.

Эта игра развивает зрительное восприятие.

- *«Гром гремит!»*

Дайте ребенку в руки пару небольших сковородок или кры-

шек от кастрюль и покажите, как можно в них стучать. Малыш получит огромное удовольствие. При этом развиваются слуховое восприятие и внимание.

- *«Переливайка»*

Поставьте перед малышом два стаканчика, налейте в один из них воду и перелейте ее в другой стаканчик, а затем обратно.

Игрушки в этом возрасте подойдут крупные, с ярко выраженными деталями. Например, кукла, у которой хорошо видны глаза, нос, рот, уши.

10 месяцев

- *«Вверх дном»*

Хорошо знакомые ребенку игрушки и вещи положите перед ним лицом вниз или перевернув вверх ногами. Попросите малыша положить вещи так, как они должны быть.

Игра развивает восприятие предметов и внимание.

- *«Художники»*

Положите перед ребенком блокнот и нарисуйте на листе простой рисунок: елочку или солнышко. Малыш поймет, что карандаш оставляет на бумаге след.

Затем вложите карандаш в детскую руку, пусть попробует порисовать.

- *«Лоскуточки»*

Соберите небольшие лоскуты от разных тканей. Сложите

их в коробочку или мешочек и предоставьте малышу вытаскивать по одному и внимательно изучать.

- *«Попрыгунчик»*

Держа ребенка под мышки, помогите ему невысоко подпрыгивать на месте, приговаривая «прыг-скок, прыг-скок». Затем сделайте перерыв и повторите. Скомандуйте «прыг-скок», когда малыш просто стоит, и он сам начнет подпрыгивать.

11 месяцев

- *«Снаружи и внутри»*

Положите игрушку в коробочку или прозрачную пластиковую бутылку и покажите, что предмет можно доставать из емкости, а затем снова прятать. Пусть теперь попробует сам.

Игра развивает сенсорное восприятие, память.

- *«Рыбалка»*

Привяжите несколько разных предметов и игрушек на длинные веревочки и закрепите их на высоком стульчике малыша. Покажите ребенку, как нужно тянуть за нити, чтобы вытянуть что-нибудь интересное.

- *«Рупор»*

Сверните из картона трубу, поднесите один конец к ребенку. Говорите в «рупор». Затем предоставьте малышу возможность самому сказать что-нибудь в «рупор».

Игрушки понадобятся такие, над которыми малышу будет интересно поразмышлять. Отлично подойдут пирамидки, матрешки, стаканчики и т.п.

12 месяцев

- *«Где звенит?»*

Спрячьте предмет, издающий громкий звук (например, будильник) под подушку, в ящик стола или под кровать и попросите кроху найти его. Малыш с интересом примется искать предмет по звуку.

- *«В гостях у сказки»*

Рассказывайте ребенку короткие сказки, такие как: «Колобок», «Репка», «Курочка Ряба». Со временем малыш начнет сам озвучивать героев сказки и повторять их действия.

- *«Переключаем!»*

Поставьте перед ребенком две мисочки, в одну из которых насыпьте горох или изюм. Покажите малышу, как переключать мелкие предметы из одной мисочки в другую.

Игра развивает моторику и сенсорные способности.

- *«Человек-паук»*

Натяните между двумя стульями или другой мебели мягкую веревочку или резинку. Поднимая и опуская ее, продемонстрируйте малышу, как он может перешагивать, подлезать и проползать под веревкой. Устройте

веселые соревнования. Не забывайте, что речь развивается в деятельности, чем активнее ваш ребенок физически, чем больше он взаимодействует с предметами, познает окружающие явления, тем активнее развивается его коммуникативная сфера.

- *«Все по местам!»*

Перенесите вещи, обычно стоящие в определенном месте, в другой конец комнаты. Покажите, как вы берете предмет и несете на место. А теперь пусть малыш сам наводит порядок.

Игрушки предложите такие, с которыми можно активно играть и передвигаться. Подойдут каталки, мячи, машинки на веревочках, детские коляски.

Представленные игры и упражнения направлены на стимуляцию двигательной и речевой активности детей, формирование их сенсорной сферы, зрительного и слухового внимания, памяти, что является неотъемлемым условием развития чувства языка в последующем.

На втором году жизни, особенно после полутора лет, у детей интенсивно развиваются понимание речи окружающих и умение говорить. Для формирования правильных представлений большое значение имеет слово взрослого, которое обозначает и объясняет ребенку то, что было им воспринято наглядно.

Очень важно также, чтобы дети сами высказывались: называли то, что видят, отвечали на вопросы.

Чтобы представления детей были отчетливыми и полученные ими сведения прочно удерживались, нужно многократно их закреплять.

Игровые приемы для детей второго года жизни

- *«Разговор с самим собой»*

Когда ребенок находится недалеко от вас, манипулирует с игрушками или просто задумчиво сидит, можно начать говорить вслух о том, что вы видите, слышите, думаете, чувствуете.

Говорить следует медленно (но не растягивая слова) и отчетливо, короткими, простыми предложениями, доступными восприятию ребенка. Например: «Где чашка?», «Чашка на столе», «В чашке молоко», «Таня пьет молоко» и т.п.

- *«Параллельный разговор»*

Описывайте все действия ребенка: что он видит, слышит, чувствует, трогает. Используйте «параллельный разговор»: мы как бы подсказываем ребенку слова, выражающие его опыт, слова, которые впоследствии он начнет использовать самостоятельно.

- *«Искусственное непонимание ребенка»*

Этот прием помогает ребенку освоить ситуативную речь и состоит в том, что мы не спешим проявить свою понятливость, а временно становимся «глухими», непонимающими. Например, если ребенок показывает на полку с игрушками, вопросительно смотрит, а мы хорошо понимаем, что нужно ему в данный момент, и даем ему... не ту игрушку. Конечно же, первой реакцией ребенка будет возмущение вашей непонятливостью, но это будет и первым мотивом, стимулирующим ребенка назвать нужный ему предмет. При возникновении затруднения можно подсказать ребенку: «Не понимаю, что ты хочешь: кошку, куклу, машину?» В подобных ситуациях ребенок охотно активизирует свои речевые возможности, чувствуя себя намного сообразительнее взрослого. Этот прием эффективен не только для называния предметов, но и словесного обозначения действий, производимых с ними.

- *«Распространение»*

Мы продолжаем и дополняем все сказанное ребенком, но не принуждаем его к повторению, вполне достаточно того, что он вас слышит. Приведем пример.

Ребенок. Суп.

Взрослый. Овощной суп, очень вкусный. Суп едят ложкой.

Отвечая детям распространенными предложениями, мы постепенно подводим их к тому, чтобы они заканчивали свою мысль, и соответственно готовим почву для овладения контекстной речью.

- *«Приговоры»*

Использование игровых песенок, потешек, приговоров в совместной деятельности с детьми доставляет им огромную радость. Сопровождение действий ребенка словами способствует непроизвольному обучению его умению вслушиваться в звуки речи, улавливать ее ритм, отдельные звуко сочетания и постепенно проникать в их смысл. Научившись различать вариативность забавных звуковых сочетаний, дети начинают подражать взрослым и играть словами, звуками, словосочетаниями, улавливая специфику звучания родной речи, ее выразительность, образность.

Большинство произведений устного народного творчества как раз и создавалось с целью развития двигательной активности ребенка, которая теснейшим образом связана с формированием речевой активности. Чем больше мелких и сложных движений пальцами выполняет ребенок, тем больше участков мозга включается в работу.

- *«Выбор»*

Предоставляйте ребенку возможность выбора. Формирова-

ние ответственности начинается с того момента, когда малышу позволено играть активную роль в том, что касается лично его. Возможность выбирать порождает у него ощущение собственной значимости и самооценности. Например: «Тебе налить полстакана молока или целый стакан?», «Ты хочешь играть с куклой или с медвежонком?»

- *«Замещение»*

«Представь, что...» — эти слова наполнены для ребенка особой притягательной силой. В 2—3 года малыш с удовольствием представляет, что кубик — это пирожок, а коробка из-под обуви — печь. К трем годам он способен представить себя самолетом, кошечкой, цветком и т.п. Как магическое заклинание для ребенка звучат слова: «Представь, что мы — самолеты. Сейчас мы облетим всю комнату».

Такая этюдно-игровая форма развивает у ребенка рефлексивные и эмпатийные способности, без которых общение не будет полноценным и развивающим. В этом возрасте детям очень нравятся и пантомимические игры, активизирующие любознательность и наблюдательность ребенка. Вовлечь детей в такую игру можно с помощью вопроса-предложения: «Угадайте, что я сейчас делаю».

Начинать предпочтительно с элементарных действий: при-

чесываться, чистить зубы, есть яблоко, наливать молоко, читать книгу. После того как ребенок угадал, предложите ему самому загадать для вас действие, а затем «оживить» заданную вами ситуацию: накрыть на стол; гулять по теплому песку; удирать, как лиса, уносящая петуха; пройти, как папа-медведь и сын-медвежонок и пр.

Игры-пантомимы и игры-имитации являются первой ступенькой театрализованной и сюжетно-ролевой игры, способствуют развитию психофизической и коммуникативной сферы.

- *Рольевые игры*

Например, игра в телефон, когда ребенок, используя игрушечный аппарат, может звонить маме, папе, бабушке, сказочным персонажам. Игра в телефон стимулирует речевое развитие ребенка, формирует уверенность в себе, повышает коммуникативную компетентность.

- *Музыкальные игры*

Значение музыкальных игр в речевом развитии ребенка трудно переоценить. Малыши с удовольствием подпевают, обожают шумовые музыкальные инструменты, ритуальные игры типа: «Каравай», «По кочкам», «Баба сеяла горох» и др.

Таким образом, только целенаправленная работа по развитию психофизиологических

процессов, двигательной активности, слухового и зрительного восприятия, памяти, предпосылок для образного мышления в сочетании со стимуляцией речевой активности будет способствовать формированию основ такого явления речевой деятельности, как языковое чутье, языковая интуиция. Представленные несложные игры и упражнения помогут родителям малышей своевременно и планомерно организовать данный процесс.

Литература

- Григорьева Г.Г., Кочетова Н.П., Груба Г.В. Играем с малышами: Игры и упражнения для детей раннего возраста: Пособие для воспитателей дошкол. образоват. учреждений и родителей. М., 2003.
- Янушко Е.А. Помогите малышу заговорить. Развитие речи детей 1—3 лет. М., 2015.
- Ярцева В.Н. Лингвистический энциклопедический словарь. М., 1990.

КАКИЕ УСЛОВИЯ НУЖНО СОЗДАТЬ РЕБЕНКУ, ЧТОБЫ ОН СТАЛ ДВУЯЗЫЧНЫМ?

Если вы со всей степенью ответственности решили воплотить в жизнь свое искреннее желание о двуязычии малыша, для осуществления этого лучше всего придерживаться ряда советов.

Обучение ребенка двум языкам по принципу: «Один родитель — один язык»

Этот принцип предложен французским лингвистом М. Граммонтом. Его суть заключается в том, что каждый язык должен быть олицетворен в различных личностях: «Никогда не меняйте ролей. В этом случае ребенок начнет говорить на двух языках, не замечая этого, и без особых усилий...».

Согласно этому принципу начинать общаться на двух языках одновременно необходимо уже с новорожденным ребенком. Если малыш от смешанного брака, то и мама, и папа должны разговаривать с ним только на своих родных языках, даже в случаях, когда свободно владеют и вторым языком, также нужным младенцу. Главное в этом общении — не блистать эрудицией, виртуозно переходя с одного языка на другой, а придерживаться принципа параллельного соединения: это мамин язык, это папин язык. Чем позднее в общение с вашим ребенком вы введете второй язык, тем больше первый будет доминировать. Чтобы меньше чувствовалась подобная доминанта, и если нет возможности сразу после рождения говорить на двух языках, постарайтесь начать разговаривать с малы-

шом на втором языке в первом полугодии жизни младенца или в начале второго.

Для меньшего доминирования одного языка над другим желательно, чтобы интервал между началом общения на разных языках с младенцем не превышал десяти месяцев, если ребенку потом не придется общаться основную часть времени на втором языке.

Если же вы решили, чтобы у вашего ребенка сформировался искусственный билингвизм уже после года, то до трех лет лучше специально не обучать малыша новому языку, а нанять няню, прекрасно знающую этот язык. А после трех лет в освоении нового языка могут помочь игровые занятия. Запаситесь терпением, купите видеофильмы, новые игрушки, найдите хорошего педагога, отдайте малыша в специализированный детский сад, и он семимильными шагами пройдет этот путь. Однако помните: чем раньше вы откроете ему шлагбаум на этом пути, тем ярче будут его успехи, и даже в тех случаях, если у вашего ребенка нет особых лингвистических данных.

Однако надо учитывать, что до полного овладения ребенком каждого из изучаемых языков, во всяком случае до периода их смешения, малыш не должен слышать от обучающихся его взрослых предложений, в которых непроизвольно или специально смешиваются два языка. Ведь подражая взрослым, он может усвоить и такой язык как нормативный. В результате этого период смешения языков способен затянуться на долгие времена. Если в вашей семье несколько двуязычных детей, язык общения между собой они должны выбрать сами, независимо от ваших советов.

Одна ситуация — один язык

Специалисты рекомендуют придерживаться также принципа: «Одна ситуация — один язык». Например, во многих семьях союзных республик в бывшем СССР родители дома разговаривали со своими детьми на родном, так называемом домашнем, языке (узбекском, татарском, казахском и т.д.), а в общественных местах на общепринятом русском. Однако этот принцип эффективен, только когда все окружающие ребенка дома взрослые хорошо знают родной язык.

Одно время — один язык

Этот принцип заключается в том, что с ребенком нужно общаться на разных языках в течение дня приблизительно одинаковое время. В некоторых семьях считают, что чередовать язык лучше через день: сегодня говорить только на русском, а завтра на английском. В любом случае, главное — соблюдать систему.

*По книге д-ра мед. наук, педиатра
и детского психолога А.И. Баркан
«Русскоязычный двуязычный ребенок»*

Специфика тьюторского сопровождения художественно одаренных детей с ОВЗ

Колосова Е.Б.,
старший преподаватель;

Жукова Е.В.,
*ассистент Института детства
ФГБОУ ВО «Московский педагогический
государственный университет», Москва*

Аннотация. В статье представлены особенности тьюторского сопровождения одаренных детей с ограниченными возможностями здоровья, описана его организация.

Ключевые слова. Индивидуализация в образовании, тьюторское сопровождение, образовательные ресурсы, дети с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное образование, индивидуальный образовательный маршрут.



Проблемы, связанные с организацией образовательного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в последние годы приобрели особую актуальность. В первую очередь, это связано с введением с 1 сентября 2016 г. специального образовательного стандарта для обучающихся данной категории — ФГОС ОВЗ [8]. Возник ряд практических вопросов в контексте создания и функционирования инклюзивного образовательного пространства. Для одаренных детей как весьма обширной группы необходимы поддержка и психолого-педагогическое сопровождение.

Заключение об ограниченных возможностях здоровья дает психолого-медико-педагогическая комиссия. Оно фиксирует потребность детей с ОВЗ в создании особых образовательных условий, чтобы они могли осваивать основную образовательную программу в рамках массовой общеобразователь-

ной школы. Наличие у ребенка с ОВЗ способностей, познавательного интереса, направленности на занятия каким-либо видом продуктивной деятельности (например, художественной, которая может быть раскрыта наиболее полно и реализована наиболее адекватным образом в предметной области «Искусство») в настоящий момент никак не влияет на структуру и содержание его образовательного маршрута. Между тем нормально развивающемуся школьнику чаще всего доступен ресурс дополнительного образования и самообразования как процесс и результат свободного выбора ребенка и семьи, в рамках которого существует реальная возможность развивать познавательные интересы и склонности. Учебная нагрузка ребенка с ОВЗ, оформленная через один из вариантов адаптированной основной образовательной программы, чрезвычайно насыщена, включает в себя блоки компонентов академического и «Жизненные компетенции» и по объективным причинам не оставляет как минимум физического времени для дополнительных свободных занятий, учитывающих интересы и склонности учащегося.

В междисциплинарную команду педагогов, сопровождающих инклюзивный образовательный процесс, наряду с педагогами-предметниками и узкими специ-

алистами (логопедом, коррекционным педагогом, дефектологом) входит тьютор — специалист в области воспитания. На практике нередко происходит подмена понятий, и под тьютором понимается ассистент или помощник учителя, оказывающий помощь в физическом перемещении, гигиенических процедурах и прочем (при их необходимости).

Выделяют три трудовые функции тьютора [7]:

1) организация образовательной среды для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью;

2) проектирование индивидуальных образовательных маршрутов, проектов для учащихся с ОВЗ и инвалидностью;

3) помощь в реализации учебных проектов и исследований учащимся с ОВЗ и инвалидностью.

Каждая из перечисленных трудовых функций тьютора напрямую обращена к субъектному опыту ребенка, фокусирует направленность специалиста на развитие познавательных интересов обучающегося, его склонностей, а профессиональные инструменты поддержки и раскрытия задатков и способностей ребенка напрямую связаны с типом и качеством образовательной среды, а также наличием грамотно построенной поисковой, творческой или проектной деятельности.

Адаптационные и коррекционные ресурсы предметной об-

ласти «Искусство», включающей в себя такие дисциплины, как «Изобразительное творчество», «Музыка», «Театральная деятельность», «Художественная литература», при специальном дидактическом подходе традиционно использовались в психолого-педагогической работе с детьми с ОВЗ [5]. Однако на первом плане традиционно стоит их дефектологическая направленность, вариативные арт-методы служат средством коррекционной психолого-педагогической работы.

Под художественной одаренностью, вслед за А.А. Мелик-Пашаевым [4], мы понимаем наличие в психолого-педагогическом «профиле» ребенка:

1) особого внимательного отношения к миру, его проживания и переживания;

2) желания выразить это переживание продуктивным способом, а именно средствами искусства;

3) исполнительской, или технической, стороны готовых «творческих продуктов».

Первые два пункта тесно связаны с качеством образовательно-развивающей среды, ее вариативностью, способностью инициировать и даже провоцировать эмоционально оценочные высказывания (и иные коммуникативные акты) [1]. Третий — с психофизиологическим, а также моторным уровнями развития, которые у ребенка с ОВЗ или инвалидностью по объ-

ективным причинам могут сильно отличаться от нормально развивающихся сверстников. Необходимо отметить также специфику реакции окружающих ребенка с ОВЗ на создаваемые им «творческие продукты». Диапазон откликов может быть обширным: от беспрестанного восхищения в рамках безусловного родительского принятия до пренебрежения и обесценивания. Обе линии, так или иначе, не способствуют развитию художественных способностей и лишают данную деятельность конструктивного социализирующего эффекта. В профессиональном портфеле тьютора есть арсенал методов и средств сопровождения, которые помогут в работе с детьми с ОВЗ.

На первом этапе нужно построить доступную «карту среды». Совместно с ребенком, его родителями, педагогами и другими детьми нужно уточнить и конкретизировать ресурсы: «социальные места», где тьюторант сможет беспрепятственно реализовать свой актуальный интерес, попробовать свои силы в художественном творчестве, освоить культурно-предметное пространство (книги, инструменты для творческой деятельности), а также развить личностные качества (на какие умения и опыт, черты характера может опереться ребенок, а чему его еще предстоит обучить).

Далее с помощью уточняющих вопросов нужно «навигировать»

образовательную или творческую пробу: организовать расписание, диалог узких специалистов и их понимание места и роли художественной творческой деятельности в индивидуальном образовательном маршруте ребенка.

На условно завершающем этапе (поскольку технология тьюторского сопровождения подразумевает цикличность) тьютор уделяет особое внимание организации обратной связи (как воспринимают независимые зрители «творческие продукты», созданные ребенком, какое впечатление он может произвести своими работами, какие идеи, мысли и чувства донести). Для этих целей могут использоваться, например, адаптированная методика «Безоценочное интервью» [3, с. 275], позволяющая и зрителям и автору-тьюторанту расширить собственные представления о созданном, наметить дальнейшие шаги в образовании.

Таким образом, использование потенциала тьюторского сопровождения может быть действенным средством реализации индивидуального образовательного маршрута, учитывающего наличие запроса на художественную деятельность, создающую условия для развития, в частности, художественной одаренности ребенка с ОВЗ.

Литература

1. Беркович М. Простые вещи. Как устанавливать контакт с людьми,

имеющими тяжелые и множественные нарушения развития. СПб., 2018.

2. Золотарева А.В., Лекомцева Е.Н., Пикина А.Л. Тьюторское сопровождение одаренного ребенка: Учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры. М., 2017.
3. Любительское художественное творчество в России XX века: Словарь / Под ред. Т. Сухановой. М., 2010.
4. Мелик-Пашаев А.А. и др. Психологические основы художественного развития. М., 2005.
5. Новлянская З.Н. Становление авторской позиции в детском литературном творчестве. М., 2016.
6. Приказ Минтруда России от 12.04.2017 № 351н «Об утверждении профессионального стандарта “Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья”» // <https://minjust.consultant.ru/documents/35229>
7. Профессиональный стандарт «Специалист в области воспитания» // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56570338/>
8. Федеральный государственный образовательный стандарт для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // https://минобрнауки.рф/документы/5132/файл/4068/Prikaz_№_1598_ot_19.12.2014.pdf
9. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» // <http://zakon-ob-obrazovanii.ru>

Развитие коммуникативных навыков и эмоционально-волевой сферы детей с ТНР в рамках творческого проекта

Лукашина И.А.,
педагог-психолог;

Говорушкина Е.А.,
учитель-логопед ГБОУ «Школа № 1394»;

Шаркова В.А.,
*учитель-дефектолог, учитель-логопед
ГБОУ «Школа № 2051», Москва*

Аннотация. В статье рассматриваются этапы развития коммуникативных и эмоционально-волевых навыков у детей с тяжелыми нарушениями речи с помощью работы со сказкой и театрализованной деятельности в рамках творческого проекта. Описываются методы и формы работы, которые применяются на различных этапах проекта.

Ключевые слова. Игра-драматизация, игра-имитация, игра-коммуникация.

Согласно ФГОС, одним из ведущих приоритетов выступает коммуникативная направленность учебного процесса, поскольку формирование личности, способной к организации межличностного взаимодействия, решению коммуникативных задач, обеспечивает успешную ее адаптацию в современном социокультурном пространстве.

Мы предлагаем творческий проект с использованием театрализованной деятельности, на-

правленный на развитие коммуникативных качеств у дошкольников и реализуемый в три этапа.

Подготовительный

- Данный этап включает в себя:
- знакомство со сказками, основными эмоциями;
 - чтение сказок;
 - обсуждение содержания сказок;
 - работа над словарем;
 - над мимикой, пантомимикой, интонационной выразительностью речи.

На данном этапе мы использовали следующие *игры*.

• **«Угадай настроение героя»**

Нужно соотнести графические изображения с эмоциональными состояниями.

• **«Найди героя»**

Нужно узнать героя по словесному описанию, найти его среди других персонажей сказок.

• **«Подними картинку»**

Необходимо соотнести текст с изображением.

• **«Замри»**

Нужно рассмотреть картинку и изобразить соответствующее эмоциональное состояние.

• **«Для чего нужен этот предмет?»**

Необходимо найти и соотнести предмет с конкретной ситуацией (эмоцией).

• **«Покажи, что чувствовали герои»**

Нужно мимикой и пантомимикой выразить эмоциональное состояние героев сказки.

Основной

Основной этап предполагает: — обогащение эмоционального словаря и введение его в активную речь детей;

— проведение игр-драматизаций, игр-имитаций, игр-коммуникаций.

На данном этапе проводятся следующие *игры*.

• **«Угадай настроение»**

Нужно назвать эмоциональное состояние изображенных на картинке героев.

• **«Большой и маленький (на примере сказки «Три медведя»)**

Необходимо образовать существительные с уменьшительно-ласкательными суффиксами.

• **«Вредный Буратино»**

Нужно подобрать антонимы и синонимы.

• **«Слова-приятели»**

Надо выбрать из предложенных слов слова со сходным значением.

• **«Скажи по-другому»**

Нужно подобрать синонимы к данному слову.

• **«Исправь ошибку»**

Необходимо употребить в речи слова эмоциональной лексики, заметить ошибки в чужой речи.

Опишем некоторые виды игр, которые применялись нами в ходе реализации проекта.

В *игре-драматизации* совершенствуются диалоги и монологи.

ги, осваивается выразительность речи. Ребенок стремится познать собственные возможности в перевоплощении, поиске нового и комбинациях знакомого. В этом проявляется особенность игры-драматизации как творческой деятельности, способствующей развитию речи детей. И наконец, такая игра выступает средством самовыражения и самореализации ребенка, что соответствует личностно ориентированному подходу.

Игра-имитация включает в себя имитацию отдельных действий человека, животных и птиц («дети проснулись, потянулись», «воробышки машут крыльями»), основных эмоций человека («выглянуло солнышко, дети обрадовались, улыбнулись, захлопали в ладоши, запрыгали на месте»), а также цепочки последовательных действий в сочетании с передачей основных эмоций героя.

Игра-коммуникация направлена на формирование у детей умения увидеть в другом человеке его достоинства и давать другому вербальное или невербальное «поглаживание», а также игры, обучающие умению сотрудничать.

Заключительный

Данный этап включает:

- многократную инсценировку сказки с периодической сменой ролей;

- проведение викторины, конкурса семейного рисунка;
- аппликацию по произведениям;
- изобразительную деятельность по мотивам сказок.

Инсценировку можно рассматривать как средство вторичного ознакомления с художественным произведением.

Умение воспринимать литературное произведение, осознавать наряду с содержанием особенности художественной выразительности не возникает спонтанно, оно формируется постепенно на протяжении всего дошкольного возраста.

С помощью проектной деятельности мы совершенствовали все стороны речи детей, активизировали речевую активность, развивали самостоятельность, сотрудничество, сотворчество логопеда, психолога, воспитателя, ребенка, родителей. Этот метод деятельности перспективен, он помогает детям повторять и применять на практике уже известные им знания, развивать воображение, речевую коммуникацию, позволяет фантазировать, укрепляет отношения в группе, дает новые знания об окружающем мире, формирует творческую личность.

Включение изучения литературных произведений в образовательный процесс может стать важным фактором успешного всестороннего развития детей.

Нейропсихологический подход к диагностике и коррекции связной речи у дошкольников с ЗПР

Матросова Т.А.,

*канд. пед. наук, доцент кафедры логопедии
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный
университет»;*

Федотова М.В.,

учитель-дефектолог ГБОУ «Школа № 1420», Москва

Аннотация. В статье дается представление о нейропсихологической диагностике, описывается нейропсихологический подход к развитию связной речи у дошкольников с задержкой психического развития.

Ключевые слова. Нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая коррекция, связная речь, развитие связной речи, дети с задержкой психического развития.

Нейропсихология детского возраста — наука о формировании мозговой организации психических процессов человека. Созданная в недрах школы А.Р. Лурии, она развивается как самостоятельная психологическая дисциплина, ассимилировавшая методологические принципы нейробиологии, теории функциональных систем и эволюционной парадигмы.

Нейропсихологическая диагностика и коррекция основываются на структурно-функциональном

подходе к изучению психических процессов, т.е., с одной стороны, рассматривается сама функция, а с другой — мозговые структуры, осуществляющие работу данной функции.

А.Р. Лурия разработал структурно-функциональную модель мозговой локализации высших психических функций человека: выделил три блока мозга. Каждая высшая психическая функция осуществляет свою деятельность за счет работы данных мозговых блоков.

Первый блок — энергетический, регуляции тонуса и бодрствования — занимает глубокие, подкорковые и стволые структуры.

Второй блок — приема, переработки и хранения информации — осуществляет работу за счет деятельности основных анализаторных систем (зрительной, слуховой, кожно-кинестетической), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий.

Третий блок — программирования, регуляции и контроля психической деятельности — опирается на работу лобных, передних отделов коры головного мозга.

При недоразвитии одного из звеньев данной модели нарушается работа всей функциональной системы, но каждый раз по-разному, в зависимости от того, какое звено пострадало. Следовательно, при проблемах в развитии ребенка выделяют три компонента симптомокомплекса:

- первичный дефект — нарушение функции, непосредственно связанной с пострадавшим участком мозга;
- вторичный дефект — нарушения, обусловленные системными следствиями первичного дефекта;
- третичные симптомы — компенсаторные перестройки:

позитивные (адаптивные) и негативные.

Нейропсихологические диагностические тесты позволяют квалифицировать синдром, т.е. различить первичный и вторичные дефекты. Нейропсихологическая диагностика включает тестовые методы и метод наблюдения («следящая диагностика»). При последнем необходимо обратить внимание на особенности поведения ребенка, характерность выполнения им заданий.

Тестовый метод диагностики в нейропсихологии был разработан А.Р. Лурией.

Для исследования блока программирования, регуляции и контроля психической деятельности (третьего блока мозга) используют следующие варианты заданий:

- оценка серийной организации движений осуществляется посредством пробы на динамический праксис, реципрокную координацию движений, графической пробы, при выполнении ритмов по инструкции, завершении предложений, составлении рассказа по серии картинок;
- исследование функции программирования и контроля произвольных действий происходит при выполнении

ребенком следующих проб: реакция выбора, таблицы Шульте, счет, решение задач, ассоциативные ряды, «четвертый лишний», раскладывание серии картинок.

Во время «следающей диагностики» слабость функций программирования и контроля проявляется в случае, если ребенок испытывает трудности вхождения в задание, ему трудно ориентироваться в условии задачи или в требованиях к заданию, возникает сложность в построении программы выполнения задания, в контроле за его выполнением, при переключении с одного задания на другое, присутствуют повторение программы или ее части, инертность или импульсивность, отвлекаемость.

При нарушении работы третьего блока мозга встречаются следующие механизмы ошибок: упрощение программы (пропуски), инертное повторение элементов программы (персеверации), сужение ее объема (рабочей памяти), поэлементное ее выполнение.

При диагностике блока приема, переработки и хранения информации (второго блока мозга) оцениваются:

— функция обработки кинестетической информации исследу-

- дуются пробами на праксис: позы пальцев, оральный;
- слухоречевая память: обработка слуховой информации происходит путем воспроизведения и оценки ребенком ритмов, понимания им слов, сходных по звучанию, значению;
- функция обработки зрительной информации осуществляется посредством следующих тестов: наложенные, перечеркнутые, незаконченные рисунки, зрительные ассоциации.

Функция обработки зрительно-пространственной информации исследуется с помощью пробы Хэда, конструктивного праксиса, кубиков Кооса, рисунка трехмерного объекта, проверки зрительно-пространственной памяти, понимания логико-грамматических конструкций.

Диагностика энергетического блока и подкорково-стволовых структур (первого блока мозга) происходит посредством «следающей диагностики». Их состояние оценивается с помощью индексов гиперактивности — импульсивности и замедленности — утомляемости при осуществлении всех проб. Особое внимание обращается на выполнение двигательных заданий и таблиц Шульте, учитывая

устойчивость-неустойчивость внимания, истощение, микро- и макрографию.

Таким образом, нейропсихологическая диагностика позволяет получить более точные сведения о проблемах развития ребенка, применить метод нейропсихологического воздействия, который заключается в выявлении сильных и слабых сторон, трудностей в обучении ребенка, прогнозе его развития, разработке эффективной стратегии коррекционного воздействия с учетом индивидуальных особенностей с опорой на «зону его ближайшего развития» и сохранные системы.

В соответствии с нейропсихологическим подходом, разработанным А.Р. Лурией, речевая функция исследуется с точки зрения ее психологических особенностей и мозговой организации. Отмечается сложность структуры речи, включающей в себя гностический и праксический, смысловой уровни.

Гностический и праксический уровни структуры речевой функции А.Р. Лурия обозначил как базисные, над которыми системно надстраивается в течение жизни смысловой уровень речевой деятельности, связанный с использованием средств языка — слов, фраз, построен-

ных по правилам грамматики. Ученый отмечал, что деятельность речевой функции происходит посредством других функций. Для речевой деятельности необходимы различные невербальные опоры, которыми могут выступать оптические образы и символы предметов, представления о количестве, времени, пространстве и пр. В то же время речевая функция сама служит посредником, без которого невозможно освоить ни одну область знания.

Таким образом, приобретение речи требует больших, и при этом полимодальных, мозговых затрат: ее нельзя освоить без образования множественных ассоциативных связей между разными зонами мозга; овладение любой высшей психической деятельностью происходит путем активации проводящих путей, ведущих к речевым зонам мозга.

Выделяют коммуникативную и номинативную функции речи. Единицей номинативной речи является отдельное слово, а коммуникативной — предложение (фраза). Коммуникативная речь характеризуется большей прагматичностью (практичностью). Она необходима всем людям и постоянно, в основном, для обмена мыслями. Диапазон но-

минативной речи иной. Она не только служит для общения, но и для своеобразного дублирования мира. Каждый предмет и явление получают в слове-номинации «вторую жизнь», имеющую значительную степень абстрактности.

Коммуникативная речь делится на диалогическую (ситуативную и неситуативную) и монологическую. Диалогическая речь выступает как более простая, так как в ней большее место, чем в монологической, занимают паралингвистические средства выражения мысли (жесты, мимика, интонация). Обычно к речевым автоматизмам относят порядковую и аффективно окрашенную речь (возгласы, брань и пр.).

Итак, речевая функция занимает ключевую позицию в развитии психики. Она служит основным способом коммуникации между людьми и главным инструментом познания мира. У детей с задержкой психического развития (ЗПР) наблюдается недоразвитие связной речи, что влияет на формирование мышления и препятствует успешной подготовке к школе. Впоследствии это влечет за собой школьную неуспеваемость. Кроме того, недоразвитие связной речи мешает личностному

развитию и полноценной социализации детей данной категории.

Старший дошкольный возраст — сензитивный период для коррекции речевых нарушений детей с ЗПР. Положительные изменения в речевом развитии таких детей, достигнутые в предшкольный период, позволяют говорить о предупреждении дальнейшего развития речевой патологии, а затем и нарушений письменной речи. Умение связно, последовательно и точно, грамматически правильно и образно выражать свои мысли — необходимое условие успешности обучения по всем дисциплинам. Оно позволяет расширять возможности в общении с окружающими людьми.

В основе нормального уровня развития связной речи лежат сформированность всех подсистем языка (фонетико-фонематической и лексико-грамматической), а также достаточный уровень развития познавательной деятельности ребенка.

Научные исследования в области изучения состояния связной речи детей с ЗПР (Д.И. Бойков, Н.Ю. Борякова, Р.И. Лалаева, Е.С. Слепович) свидетельствуют о значительных нарушениях внутреннего программирования и языкового оформления связ-

ных высказываний этой категории детей. Данные сведения подтверждают необходимость применения нейропсихологического подхода в формировании связной речи дошкольников с ЗПР.

Т.В. Ахутина выделяет следующие уровни серийной организации речи:

- артикуляция;
- синтаксис;
- построение текста.

При исследовании артикуляции используются наблюдение и тестовый метод. В тестовой диагностике применяются задания: повторение серии слогов: *би-ба-бо, бо-ба-би, ба-би-бо, би-ба-бо, бо-ба-би*; сложных слов: *сковорода, космонавт, кинотеатр, термометр*; предложений: *Синичка перепорхнула с ветки на ветку*.

Во время «следающей диагностики» педагог обращает внимание на наличие или отсутствие слов со сложной слоговой структурой, правильное, но медленное послоговое произношение длинных слов, упрощение слова / слога, наличие повторов, персеверации.

При оценке синтаксиса дошкольника в тестовой диагностике используется проба составления предложения по картинке. Во время «следающей диагно-

стики» о слабости серийной организации речи свидетельствуют:

- стереотипные простые предложения, отсутствие сложных предложений;
- необходимость вопросов собеседника для построения предложений (самостоятельно ребенок развернутую синтаксическую структуру не строит, но с опорой на вопросы выполняет);
- пропуск глаголов или постановка их в конце предложения;
- аграмматизмы: косвенные падежи заменяются именительными;
- упрощение структуры предложения: ребенок использует только существительные, неразвернутые предложения без служебных слов.

Тестовая диагностика построения текста заключается в составлении ребенком рассказа по серии сюжетных картинок. Испытуемому предлагается разложить картинки по порядку, составить рассказ.

Во время «следающей диагностики» обращают внимание на трудности программирования текста: неразвернутость, краткость текста, необходимость вопросов для его построения, отсутствие или стереотипность

связующих элементов в тексте. После анализа результатов нейропсихологической диагностики, опираясь на «зону ближайшего развития» ребенка, выстраивается индивидуальная коррекционно-развивающая программа, учитывающая двухстороннее взаимодействие между морфогенезом мозга и формированием психики. Таким образом, коррекционно-развивающая работа предполагает создание целостной функциональной системы.

Нейропсихологическая коррекция включает две комплексные ориентации работы с ребенком: первая нацелена на формирование базовых основ, предпосылок к познавательной функции, вторая — на развитие и коррекцию познавательной функции и входящих в нее компонентов.

Нейропсихологический подход в коррекционной работе заключается в системе взаимодействия методов когнитивного и двигательного развития. Иначе говоря, связная речь дошкольника с ЗПР формируется таким образом: для ребенка выстраиваются система упражнений, направленная на развитие базисной функциональной системы, и система упражнений, нацеленных на развитие и кор-

рекцию непосредственно связной речи.

В нейропсихологической коррекции применяются следующие методы и технологии:

- опора на сохраненные функции. Недостатки корректируются с учетом более развитых компонентов;
- атака на слабые стороны. В основе данного метода лежит воздействие на менее развитые функции и стимулирование их деятельности;
- формирующее обучение. Данный метод основывается на стимулировании развития определенного навыка. Обучение проводится не по принципу формирования отдельных навыков, а на восприятии действия в целом;
- метод интерактивного подхода. В его основе лежит работа над мотивационным компонентом. Активная совместная деятельность ребенка и педагога приводит к вовлечению ученика в процесс занятий без акцентуации на менее развитые функции. При этом постепенно передаются инициатива и деятельность от педагога к ребенку;
- метод мозжечковой стимуляции, занятия на балансировочной доске. Доказанная связь работы мозжечка со

всеми отделами нервной системы позволяет стимулировать синхронизацию работы обоих полушарий мозга, улучшает речь, чтение и письмо, корректирует поведение ребенка;

- метод замещающего онтогенеза, разработанный А.В. Семенович. Его суть заключается в технологии, включающей в себя совокупность этапов психолого-педагогического сопровождения детей: «диагностика — профилактика — коррекция — абилитация — прогноз». Основная цель данного метода — развитие мозгового (шире — нейropsychосоматического) обеспечения психического развития ребенка. Метод замещающего онтогенеза опирается на основные положения клинко-эволюционной системной парадигмы; нейропсихологические законы строения, развития и реабилитации мозговой организации высших психических функций А.Р. Лурии; научно-практические технологии телесно-ориентированной психотерапии (Д. Боаделла, А. Лоуэн, В. Райх и др).

Как правило, в нейропсихологической коррекции применяется комплексный подход. При формировании связной

речи комплексность коррекции заключается в сочетании в каждом цикле занятий методов двигательной, когнитивной и эмоционально-личностной коррекции. Мы использовали схему внедрения метода замещающего онтогенеза, предложенную А.В. Семенович, где система построения занятий остается неизменной, а задания в системе поэтапно усложняются.

Во время занятия предлагаются упражнения на развитие каждой функции: «внимание → дыхательные упражнения → общий двигательный репертуар → игры с мячом → растяжки → глазодвигательный репертуар → базовые сенсомоторные взаимодействия → базовые сенсомоторные взаимодействия с опорой на графическую деятельность → мелкая моторика → соматогнозис, тактильные и кинестетические процессы → зрительный гнозис → пространственные и “квазипространственные” представления → слуховой гнозис → фонематический слух → память → номинативные процессы → интеллектуальные процессы, общая и смыслообразующая функция речи».

Мы предлагаем добавить в систему данных занятий дополнительные упражнения, на-

правленные на развитие связной речи.

Остановимся подробнее на развитии связной речи в комплексе нейропсихологической коррекции. Перед нами стоят следующие задачи:

- закрепление и развитие у детей навыков речевой коммуникации;
- формирование навыков построения связных монологических высказываний;
- развитие навыков контроля и самоконтроля за построением навыков связных высказываний;
- целенаправленное воздействие на активацию ряда психических процессов, обозначенных выше.

Формирование у детей навыков построения связных развернутых высказываний, в свою очередь, включает:

- обучение детей нормам построения связных развернутых высказываний (соблюдение последовательности передачи событий, логической связи между фрагментами рассказа и т.д.);
- развитие навыков планирования развернутых высказываний;
- обучение лексико-грамматическому оформлению связных высказываний в соответствии с нормами языка.

Для решения поставленных задач используются следующие формы работы: составление высказываний с опорой на наглядность, воспроизведение прослушанного текста, составление рассказа-описания, самостоятельное составление рассказа.

Таким образом, применение данного подхода позволит эффективнее выстроить коррекционно-развивающую работу с дошкольниками с ЗПР по развитию связной речи.

Литература

- Ахутина Т.В.* Методы нейропсихологического обследования детей 6—9 лет. М., 2016.
- Борякова Н.Ю., Касицына М.А.* Коррекционно-педагогическая работа в детском саду для детей с ЗПР (организационный аспект). М., 2007.
- Борякова Н.Ю., Матросова Т.А.* Изучение и коррекция лексико-грамматического строя речи у детей с недостатками познавательного и речевого развития. М., 2016.
- Матросова Т.А.* Организация коррекционных занятий с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями. М., 2016.
- Семенович А.В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2015.
- Хомская Е.Д.* Нейропсихология. 4-е изд. СПб., 2013.

Катамнез пациентов, прошедших курс комплексного лечения в отделении логоневрозов

Гераськин А.А.,
логопед;

Богданов М.А.,
медицинский психолог ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва

Аннотация. В статье представлен результат катамнестического исследования пациентов, прошедших курс комплексного лечения в отделении логоневрозов ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» в 2007—2017 гг.

Ключевые слова. Катамнез, логопед, психолог, заикание, страх речи, логоневрозы.

Актуально!



Важнейший этап оценки эффективности качества медицинских мероприятий, направленных на лечение того или иного заболевания, — катамнестическое исследование, нацеленное на выявление состояния пациента после получения конкретного лечения. Оно позволяет, с одной стороны, оценить эффективность проведенного лечения, а с другой — отследить состояние больного с учетом поставленного диагноза и при необходимости предложить повторный курс лечения.

Комплексный подход в лечении заикания применяется с 50—60-х гг. XX в. и на данный момент служит ведущим направлением в работе с больными, имеющими диагноз «заикание». В многочисленных исследованиях и публикациях комплексный подход подробно описан и доказан как максимально эффективный (Л.З. Андропова,

Н.А. Власова, В.А. Гиляровский, В.С. Кочергина, М.С. Лебединский, А.И. Лубенская, С.С. Ляпидевский, Ю.Б. Некрасова, М.И. Пайкин, Ф.А. Рау, В.И. Селиверстов, М.В. Серебровская, И.А. Сикорский, Н.П. Тяпугин, Ю.А. Флоренская, М.Е. Хватцев, В.М. Шкловский и др.). Однако в открытом доступе практически нет катamnестических данных о пациентах с диагнозом «заикание» и получивших лечение в рамках комплексного подхода.

В учебнике по логопедии для студентов дефектологических факультетов педагогических вузов приводятся следующие катamnестические данные: «Наиболее обширные данные по исследованию катamnеза заикающихся собраны Н.А. Власовой. В 1965 г. автор опубликовала результаты катamnестического обследования 600 человек спустя 10, 15 и 25 лет после лечения заикания в дошкольном возрасте в условиях детского логопедического полустационара Московской клинической специализированной больницы № 8 им. З.П. Соловьева. Из них 200 человек были обследованы спустя 8—10 лет после выписки из полустационара, 300 человек — спустя 12—15 лет и 100 человек — спустя 20—25 лет после лечения. Результаты обследования показали, что 60% не имели рецидивов ни во время

обучения в школе, ни после ее окончания; у 20% обследованных наблюдались незначительные рецидивы, которые они самостоятельно легко преодолевали без обращения за специализированной логопедической или медицинской помощью; в период проверки эту группу наблюдаемых можно было приравнять к предыдущей; в повторном лечении главным образом в возрасте 10—12 лет нуждались лишь 15% обследованных, но ко времени наблюдения у них отмечены незначительные симптомы заикания, не мешающие их социальной адаптации. У 5% заикающихся улучшение после лечения было очень нестойким, и заикание у них фактически не ослабевало» [4].

Однако приведенные данные из исследования Н.А. Власовой относятся к области детского заикания и не корректны для проблемы лечения взрослого заикания. Согласно Е.Е. Шевцовой, у подростков, получающих поддерживающую терапию, стойкое выздоровление отмечается примерно в 30% случаев [5]. Эти данные также не дают полного представления о состоянии пациентов после лечения, поскольку результат получен в процессе прохождения ими поддерживающей терапии.

В декабре 2017 — феврале 2018 гг. в ГБУЗ «Центр патоло-

гии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ) была разработана анкета, на основе которой проведено катamnестическое исследование больных, прошедших один курс комплексного лечения заикания. В исследовании приняли участие 72 пациента, прошедших первичный курс комплексного лечения с диагнозом «заикание» в период с января 2007 по ноябрь 2017 г.

В исследовании участвовали 50 мужчин и 22 женщины в возрасте от 15 до 50 лет (рис. 1).

Анкета, разработанная для катamnестического исследования, представлена в табл. 1.

Предложенные вопросы были направлены не только на выявление эффективности комплекс-

ного подхода лечения заикания как нарушения речи, характеризующегося частым повторением или пролонгацией звуков, слогов или слов, частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей ее ритмическое течение (согласно МКБ-10), но и понимание социального статуса пациентов после однократного курса лечения, поскольку заикание в силу различных факторов влияет на социализацию.

Оценка речи и речевого страха проводилась на основе экспертной оценки, осуществлявшейся в начале и по окончании дневного курса, разработанного специалистами отделения логоневрозов для взрослых ГБУЗ «ЦПРиН ДЗМ». Речь и речевой страх оценивались по 10-балль-

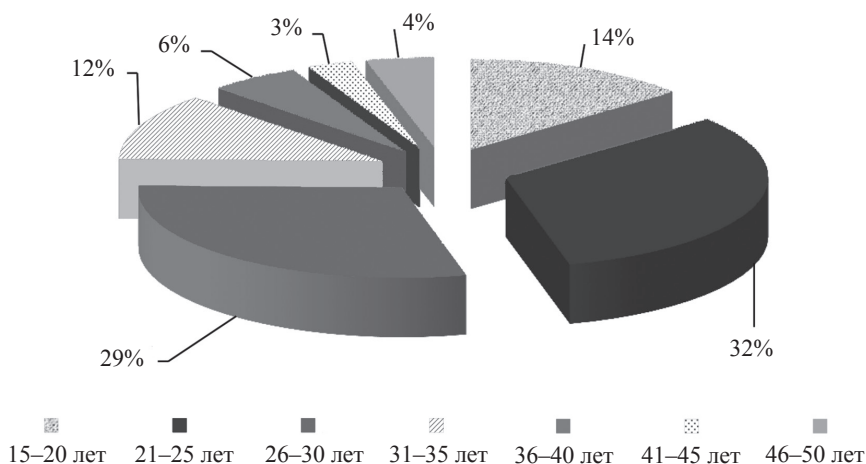


Рис 1. Распределение пациентов по возрасту

Таблица 1

ФИО	Пол	Полных лет	Дата последней госпитализации	Оценка речи	Оценка страха речи	Использование речевых приемов	Социальный статус (работа / учеба)	Семейное положение	Необходимость второго курса

ной системе респондентами самостоятельно, на основании ощущений на момент опроса:

0 баллов — речь без заикания, страх речи отсутствует;

1—3 — легкая степень нарушения;

4—6 — средняя степень нарушения;

7—9 — высокая степень нарушения;

10 — речь практически невозможна из-за крайне тяжелого заикания и крайне выраженного страха речи [1].

Вопросы о социальном положении, семье и необходимости повторного курса направлены на выявление социализации пациентов после лечения.

В результате проведенного исследования были получены следующие катamnестические данные.

Оценка речи

Большинство пациентов, поступивших на лечение в отделение логоневрозов для взрослых, имеют высокую и среднюю степени заикания и составляют около 95%. Исследование речи пациентов после выписки и не поступивших повторно показало следующие результаты:

— 46% опрошенных оценивают свою речь как заикание легкой степени. При поступлении на дневной курс она отмечается у 2—5% пациентов;

— 32% опрошенных отметили у себя среднюю степень заикания, в то время как при поступлении она наблюдалась у 17—20% пациентов;

— 15% опрошенных посчитали, что у них высокая степень заикания, что на 70% меньше, чем при поступлении на дневной курс.

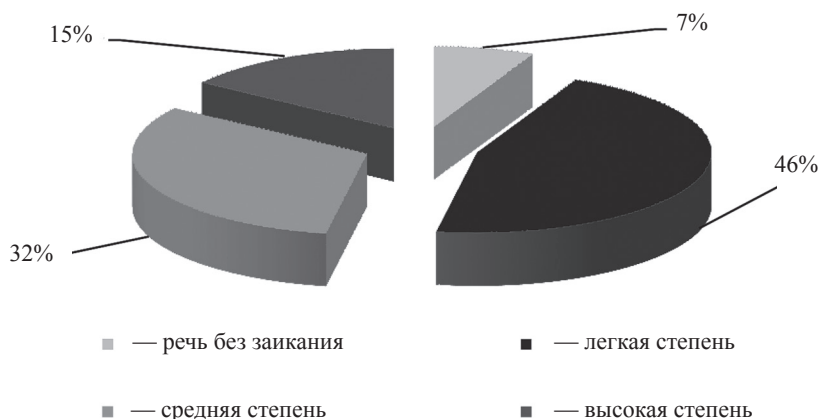


Рис. 2. Оценка речи

Обычно при госпитализации выявляются 80—90% пациентов с высокой степенью заикания;

— 7% процентов опрошенных посчитали, что у них нет заикания. При этом необходимо отметить, что во время разговора у этих пациентов отмечались запинки той или иной степени тяжести (рис. 2).

Оценка речевого страха

Также у всех пациентов, проходящих лечение в отделении дневного стационара для больных с логоневрозом ГБУЗ «ЦПРИН ДЗМ», отмечается высокий уровень речевого страха. Однако необходимо отметить такой феномен, как зона речевого комфорта и дискомфорта. В зависимости от нахождения пациента в той или иной зоне уровень речевого страха меняется.

В зоне речевого комфорта у пациентов с диагнозом «заикание» уровень страха речи низкий, а в зоне речевого дискомфорта соответственно высокий. Это дает возможность сделать вывод о том, что речевой страх у заикающихся лабилен и зависит от речевой ситуации.

Таковыми ситуациями дискомфорта, как правило, являются публичные выступления, сдача экзаменов, речевая коммуникация с незнакомыми людьми и т.д. В этих случаях заикающиеся боятся быть недооцененными, встретить негативное отношение в свой адрес, показаться несуразными вследствие нарушения речи. Такая убежденность возникла в результате жизненного опыта, в котором есть примеры негативных реакций. Это может быть и единичный случай, на котором произошла стойкая фиксация.

Встречается и бессознательный страх речи. Сами пациенты отмечают, что есть ряд ситуаций, в которых они чувствуют себя комфортно, но при этом имеют серьезные затруднения в речевой деятельности. В ходе психокоррекционной работы выясняется, что это проявления бессознательных реакций, возникших в результате психотравмирующих ситуаций в прошлом. Причины волнения в большинстве таких случаев не осознаются самими пациентами, но бессознательно ассоциируются с прошлым.

Исследование речевого страха в рамках катамнеза пациентов, прошедших курс комплексного лечения в отделении логоневрозов для взрослых ГБУЗ «ЦПРиН ДЗМ» в 2007—2017 гг., выявило следующие уровни речевого страха:

— 36 и 39% пациентов на момент опроса не имели страха

речи или оценивали свой страх как незначительный, легкой степени;

— 20% опрошенных оценили свой страх речи как средней степени выраженности;

— 4% считают, что страх речи у них высокой степени;

— 1% опрошенных сказали, что их речь практически невозможна из-за крайне тяжелого заикания и выраженного страха. При этом у пациентов отмечалось заикание высокой степени. Логопедические приемы они не использовали, но необходимости в повторном курсе не видели (рис. 3).

Данные результаты показывают, что у большинства пациентов уровень речевого страха снизился. Однако надо помнить, что заикание в большинстве случаев представляет собой логоневроз, и речевая зона комфорта может измениться вследствие различных стрессовых ситуаций.

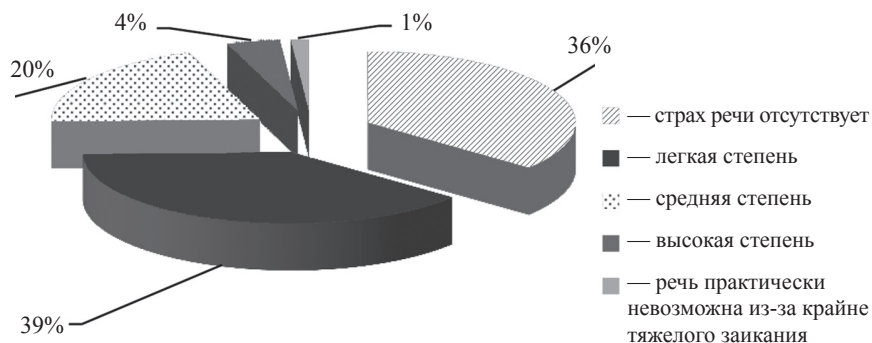


Рис. 3. Оценка речевого страха

Использование логопедических речевых приемов

Одним из элементов комплексного подхода в лечении заикания выступает логопедическая работа, направленная на коррекцию речевого дыхания, темпа, ритма, плавности и слитности речи и последующую автоматизацию.

Для достижения ее эффективности используются различные действенные приемы, а именно послоговой и пословный ритм, диафрагмальное дыхание и т.д.

По окончании курса лечения дальнейшая речь пациента зависит от использования им выше перечисленных навыков вне стен отделения.

При активном самоконтроле использования полученных навыков уменьшается количество запинок, что повышает качество речи. Оценка использования логопедических приемов позволяет проанализировать включенность пациентов в последующую работу (вне стационара) над своей речью, а также выявить понимание того, что ответственность за качество их речи, в первую очередь, лежит на самом человеке, а не зависит от различных внешних и внутренних факторов.

Анализ использования речевых приемов в повседневной жизни после выписки показал следующие результаты:

— большинство пациентов (43%) используют логопедические приемы только на 29%;

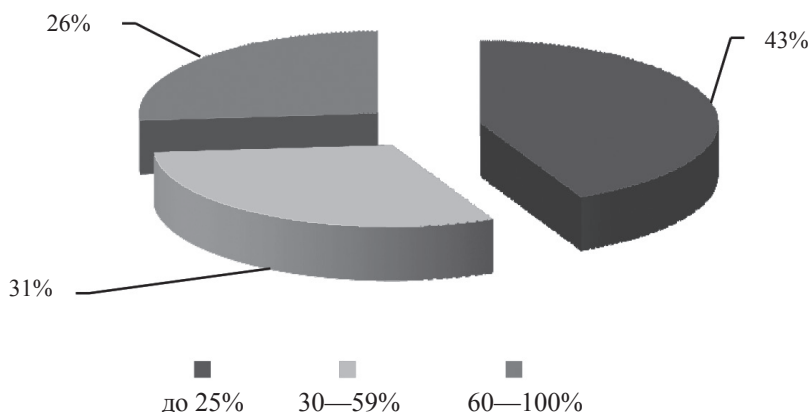


Рис. 4. Оценка использования логопедических приемов

— 31% пациентов навыки применяют на 30—59%;

— только 26% пациентов используют полученные навыки на 60—100% (рис. 4).

Сравнивая катamnестические данные со сведениями, полученными непосредственно в день выписки [2], можно увидеть, что количество пациентов, использующих навыки на 60—100%, снизилось на 35% (рис. 5). Это служит аргументом в пользу того, что курс лечения от заикания не должен ограничиваться одной госпитализацией, и для закрепления результата после днев-

ного стационара необходима амбулаторная группа долечивания [3], а через полгода — повторный курс в рамках комплексного подхода.

В ходе исследования также было уделено внимание состоянию социальной сферы пациентов.

Так, только 4% участников исследования не работают; при этом лишь 1% пациентов связывают отсутствие работы со своим речевым расстройством; 44% опрошенных имеют семью, 56% по разным причинам (не заводили семьи, в разводе,

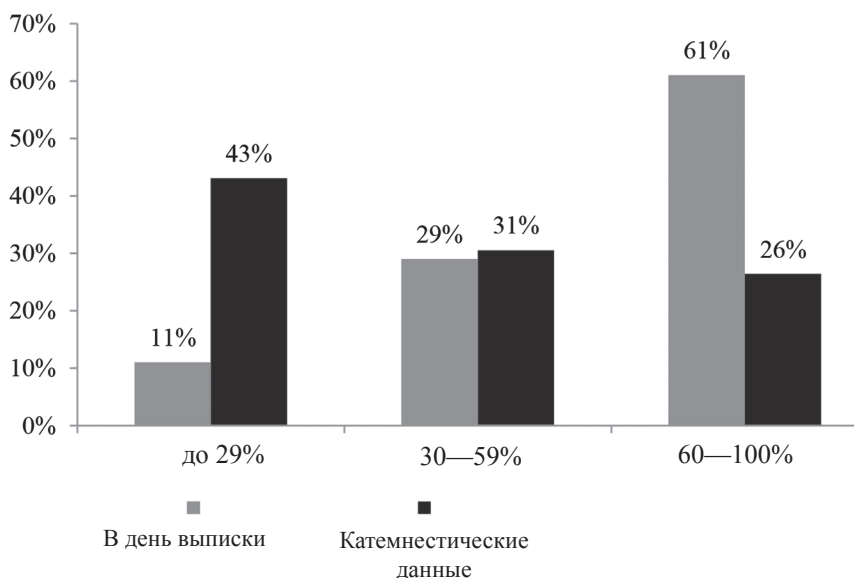


Рис. 5. Сравнение катamnестических данных с данными, полученными в день выписки

овдовели) проживают одни. При этом не один из опрошенных не связывает свое семейное положение с наличием у него заикания.

Одним из критериев успешности лечения в заикании также служит субъективная оценка пациента о необходимости продолжения коррекционной работы.

О готовности к повторному курсу лечения сообщили 19% опрошенных пациентов; 81% считают, что в нем нет необходимости, поскольку заикание больше не является для них проблемой.

Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности лечения в рамках комплексного подхода.

Суммируя результаты ка-тамнестического исследования больных с диагнозом «заикание», прошедших однократно курс комплексного лечения в отделении логоневрозов для взрослых ГБУЗ «ЦПРН ДЗМ», можно сделать следующие выводы:

— высокая степень заикания отмечается лишь у 15% пациентов (при госпитализации — у 80—90%);

— 4% пациентов считают, что у них страх речи высокой степени (при госпитализации — 60—70%);

— число пациентов, использующих логопедические при-

емы, составило 26%. При этом 24% не используют полученные навыки, и только 6% видят необходимость в повторном курсе лечения.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комплексного лечения заикания в отделении логоневрозов для взрослых ГБУЗ «ЦПРН ДЗМ».

Литература

1. Асташева С.Ю. и др. Заикание у взрослых и его коррекция: Из опыта работы логопедов отделения логоневрозов Центра патологии речи и нейрореабилитации. М., 2013.
2. Гераськин А.А., Богданов М.А., Орлов И.Ю. Оценка эффективности совместной психолого-логопедической работы в комплексном подходе лечения заикания // Медработник ДОУ. 2018. № 3.
3. Гераськин А.А., Хаванов А.Ю. Группа долечивания как речевой практикум в рамках комплексного подхода к лечению заикания у взрослых // Альманах современной науки и образования. 2016. № 9.
4. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак-тов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998.
5. Шевцова Е.Е. Преодоление рецидивов заикания. М., 2005.
6. Шкловский В.М. Заикание: Моногр. М., 1994.

Коррекционная работа с детьми с дисграфией

Галактионова Е.К.,

учитель-логопед ГБОУ «Школа № 2005», Москва

Аннотация. В статье описаны особенности коррекционной работы с детьми с дисграфией, приведен пример тренинга для педагогов, направленного на ознакомление с нетрадиционными методами обучения воспитанников с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова. Дисграфия, коррекционная работа, дети с ограниченными возможностями здоровья, нетрадиционные методы коррекции.

В человеческом взаимодействии мы, безусловно, обречены время от времени испытывать неуспех и неудачи. В тех случаях, когда сталкиваются интересы наши и другого человека (ребенка), условно кто-то должен потерпеть неудачу, а один интерес должен быть удовлетворен.

На самом деле метод проб и ошибок составляет обязательную часть любого процесса обучения. Воспитание детей — на самом деле структурное тотальное обучение, и каждый может освоить методики, позволяющие стать более опытным педагогом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом, родителем.

Когда ребенок пишет первые палочки и кружочки, буквы, слова, сначала они выходят неровными, корявыми, и есть ло-

гопедические ошибки. Однако именно в это время создаются, формируются и накапливаются необходимые стратегии, методы, приемы, опыт со стороны как детей, так и взрослых. Ребенок учится, а мы учим его учить. Неудач становится меньше или они исчезают.

Используя достижения, методы, приемы, известные разработки экспериментальных лабораторий по изучению и устранению дисграфии у дошкольников, мы помогаем детям почувствовать себя способными и нужными. А учителям-логопедам, учителям-дефектологам эти стратегии помогают ощутить себя уверенными профессионалами. Не бывает поражений или неудач в работе, есть только обратная связь нашего взаимодействия с ребен-

ком. Важно ее проанализировать, чтобы использовать полученный опыт в будущем.

Накоплены богатые сведения о симптоматике дисграфии у детей, имеются указания на патогенез этого расстройства. Если на начальных этапах изучения нарушений письма основная роль отводилась речевым патогенетическим механизмам, то в настоящее время исследователи приходят к выводу, что в основе нарушений письма у школьников лежит недостаточная сформированность различных психических функций. Специфические ошибки письма и чтения объясняют как нарушениями устной речи, так и зрительного и зрительно-пространственного восприятия, памяти, мышления, внимания, кинетического и кинестетического компонентов моторики, зрительно-моторных координаций.

В настоящее время в общеобразовательной школе отмечаются значительное увеличение и усложнение контингента детей, испытывающих трудности в обучении, что определяет необходимость разработки технологий, учитывающих сложность факторов, приводящих к орфографическим трудностям. Наблюдения последних лет показывают, что значительно возросло количество детей с преобладанием в структуре дефекта неречевых факторов.

Значимым фактором можно назвать отношение детей к учебной деятельности. У учащихся 3—4-х классов проявляется стойкое негативное отношение к учебной деятельности.

При определении направлений работы и разработке содержательной стороны коррекционного воздействия учителю-логопеду необходимо учитывать не только состояние речи, но и особенности когнитивной, эмоционально-волевой и двигательной сфер, общеучебных навыков. Любой вид работы требует сформированности определенной мотивационной основы. Чтобы ребенок полноценно мог выполнить определенное учебное задание, его необходимо заинтересовать процессом.

Многообразие дефектов, их клинических и психолого-педагогических проявлений предполагает применение разных методик коррекции, следовательно, и использование различных инструментов. Их применение способствует повышению результативности коррекционно-образовательного процесса. Поэтому разработка новых приемов, методов и средств коррекционного обучения детей — актуальное направление развития специальной педагогики.

При подборе современных эффективных методов обучения

необходимо учитывать не только уровень работоспособности и быструю утомляемость детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), но и низкий уровень учебной мотивации.

С целью повышения эффективности коррекционной работы учителя-логопеда наряду с традиционными методиками (М.Е. Ефименкова, Р.И. Лалаева и др.) используют и нетрадиционные, которые повышают учебную мотивацию и положительно влияют на коррекцию устной и письменной речи учащихся с ОВЗ.

Предлагаем пример тренинга для педагогов.

Тренинг «Сила слова, или Что, когда и как говорить, чтобы достигать сердец слушателей»

Учитель-логопед. Х. Гиннот говорил: «Ребенок понимает отношение к нему родителей и учителей по тому, как они разговаривают с ним. Слова взрослых влияют на самооценку ребенка и его чувство собственного достоинства. Речь взрослых в значительной степени определяет судьбу ребенка».

Постоянно идет поиск методов общения, которые утверждают чувство собственного достоинства и человечность в детях и

родителях. Важно научиться понимать ребенка, разговаривать с ним на его языке, чтобы он слышал и понимал взрослого.

Объем информации, поступающей к ребенку, колоссален. Он получает сведения об окружающем мире и своем внутреннем состоянии. Зрение, слух, многочисленные рецепторы стараются помочь ребенку больше узнать о себе и окружающем его многообразии, но объем сознания, являющегося входными воротами для информации, достаточно ограничен. В работе учителя-логопеда, учителя-дефектолога важно использовать три группы фильтров, помогающих сознанию отфильтровывать нужную информацию, координировать и распределять ее.

Вот несколько приемов, методов, которые можно использовать в повседневной работе.

Упражнение «Тряпичная кукла»

Учитель-логопед. Выпрямитесь, как оловянный солдатик: спина ровная, живот втянут, макушкой тянемся к потолку. А теперь представьте, что вы — тряпичная кукла, расслабьтесь. А сейчас садитесь.

Участники выполняют задание.

Мы начали нашу встречу с якорения. В начале занятия я

всегда использую этот метод. Это могут быть упражнение, музыкальная композиция, добрые слова, комплименты, притчи, «круг настроения».

Якоря могут быть аудиальными, визуальными и кинестетическими. Якорь — то, что закрепляет эмоциональное состояние. Задача — начать занятие с позитивного якоря. Ребенок может прийти в любом настроении. Нужно переключить его на позитив. Для этого мы используем «Карту настроения». Ребенок, входящий в кабинет, сначала подходит к ней и отмечает свое настроение. Это могут быть значки, но чаще всего дети изображают себя. В конце занятия ребенок опять подходит к карте и отмечает свое состояние, если оно изменилось.

Звонки на уроки тоже являются якорями. И вообще, якорь — условный рефлекс, который бессознательно вызывает какую-либо реакцию у человека или животного. Он нужен, чтобы объединить, организовать. Тогда дети уже слышат не звонок, а мой голос. Они становятся более собранными, внимательными, сосредоточенными. Задания, которые дети получают, выполняются легче и быстрее. За время уроков я успеваю много. Ребятам интересно, и они не устают. Для этих же целей я подаю информацию по трем модальностям,

учитывая предпочитаемую репрезентативную систему.

Известны пять способов, с помощью которых люди воспринимают мир. Мы можем видеть, слышать, чувствовать, нюхать, пробовать на вкус. В нашем мозгу сенсорная (полученная органами чувств) информация трансформируется в некоторую репрезентацию (представление) или модель. Эти индивидуальные модели называются репрезентативными системами.

Когда вы внимательно слушаете чью-то речь, можете заметить, что бессознательно человек преимущественно использует речевые предикаты (глаголы, наречия, прилагательные и некоторые существительные) предпочитаемой репрезентативной системы.

Кто-то скажет: «Я отчетливо вижу нарисованную вами перспективу». И нам становится ясно, что предпочитаемая *репрезентативная система — визуальная*. «Мне приятно на Вас смотреть», «У Вас замечательные, чудесные глаза, они излучают свет», «Вам к лицу цвет этой блузки», «Я рада Вас видеть». Это речевые предикаты визуальной репрезентативной системы восприятия.

Характеристики визуальной системы: яркость, расстояние, местоположение, размеры, двухмерный, трехмерный, цвет.

Визуальные предикаты: «посмотрите», «отражаются», «вы-

глядят», «ясно», «блестящий», «красочный», «вид», «цвет» и т.д. Предложите, пожалуйста, еще варианты.

Участники выполняют задание.

И порой замечаешь, что даже по телефону такие люди говорят: «Вот, смотри, что получается».

А кто-то говорит: «Послушайте, в какой благодатной тишине мы сидим. Не шумят дети, слышны лишь редкие звонки на уроки». Такие фразы характерны для людей, предпочитающих *аудиальную репрезентативную систему*.

Характеристики аудиальной системы: громкость, местоположение источника звука, тональность, направление звука, темп, резонанс, продолжительность.

Аудиальные предикаты: «звучит», «расскажите», «слышится», «громко», «шумно», «звонко», «звонящий», «эх» и т.д. Предложите, пожалуйста, еще варианты.

Участники выполняют задание.

Люди, предпочитающие *кинестетическую репрезентативную систему*, любят, когда до них дотрагиваются, к ним прикасаются, их обнимают, а также им нравится все трогать. Учитывая это, нужно детей-кинестетиков лишний раз погладить, приласкать, обнять.

Характеристики кинестетической системы: интенсивность, текстура, давление, вес, температура, гладкость.

Кинестетические предикаты: «чувствую», «переживаю», «тепло», «сильно», «вкус», «ощущение» и т.д. Предложите, пожалуйста, еще варианты.

Участники выполняют задание.

Значит, если кто-то скажет: «Я чувствую себя уверенно в этой ситуации», предпочитаемая репрезентативная система — кинестетическая.

Многие слова нельзя отнести только к одной репрезентативной системе. Например, одни при слове «море» видят картинку, другие слышат шум волн, а третьи вдыхают морской воздух и чувствуют горячий песок под ногами. Еще раз хочу напомнить, что человек использует предикаты всех трех систем. Но обычно он зависит от предпочитаемой системы. Если вы хотите подстроиться к ребенку по речевым предикатам, послушайте его речь, определите предпочитаемую им систему и используйте ее в своей речи. В результате у воспитанника обычно возникает чувство, что «с ним говорят на его языке». На занятиях нужно этому следовать.

На основе предпочитаемой репрезентативной системы и

предпочитаемых речевых предикатов определяется обобщенный тип личности. В каждой группе есть визуалы, аудиалы и кинестетики.

Исследования показали, что ученики начальной школы в основном кинестетики, средней — более аудиальны, а в старшей — визуалы. И, конечно же, они смешиваются. Приведу пример. Выделяют акустическую, артикуляторно-акустическую, аграмматическую, оптическую дисграфию, дисграфию на основе языкового анализа и синтеза. Но мы знаем, что не бывает дисграфии чистого вида, как правило, она смешанная. Так и в нашем случае ребенок использует на бессознательном уровне все системы восприятия, но предпочитаемая репрезентативная система восприятия одна.

Мы пользуемся привычными материалами: методическими пособиями, книгами, конспектами, плакатами. А сейчас есть много новых помощников для нашей профессии. От новых программ до таких мелочей, как ручки, ножницы для право- и леворуких детей, фломастеры со специальным составом для работы на ламинированном покрытии, трехгранные карандаши.

Для развития визуальной системы восприятия используют различные игры, например:

«Цветные дятлы», «Прыгающая ворона», «Жираф», «Сеточная муха», «Орфография с секретом». Очень часто применяют рисуночные таблицы: «Путешествия», «Карты», «Дерево однокоренных слов», карточки-буквы на магнитах.

Многие дети в начальной школе — кинестетики в силу возраста. Они любят, когда до них дотрагиваются, нравятся мягкие предметы, игрушки, деревянные цифры, буквенные пробы на спине. Все это мы используем на занятиях.

Для аудиалов приготовлены специальные тематические включения в занятия — «Песенка про каждый звук» (соответственно теме занятия). Также используются музыкальные инструменты: металлофон, синтезатор, «шум океана».

Появилось очень много новых пособий для развития мелкой моторики, межполушарных связей и всех репрезентативных систем. Как, по-вашему, для какой репрезентативной системы подходит то или иное пособие: деревянные лабиринты, эспандеры, шипованные мячики, подносы с песком, «чудесный мешочек»?

Участники отвечают.

Следовательно, можно поразмышлять. Учитываем ли мы при планировании занятий репрезен-

тативные системы ребенка или каналы восприятия: аудиальный, визуальный и кинестетический? Подаем ли информацию по трем модальностям: аудиальной, визуальной и кинестетической? Используем ли предикаты предпочитаемой репрезентативной системы?

На занятиях хорошо использовать поговорки, пословицы, сказки, притчи. Особенно последние, поскольку детям нравится их анализировать, хотя это не принято, но ребятам интересно поделиться своим мнением о том, как они понимают то или иное слово.

Притчи, поговорки и пословицы можно использовать как упражнение для закрепления того или иного материала, обогащения лексического и духовного уровня развития детей. «Ведь без слов нет сознательной мысли, а есть только чувство и мычание», — говорил В. Даль. Важно не только то, что говоришь, но и как, с какими чувством, интонацией. Мне кажется, что разговариваешь с человеком так, как ты к нему относишься. И, исходя из этого, следует подбирать слова, интонацию, чувства. Это требует навыка, контроля, дисциплины и других качеств. Быть хорошим профессионалом, учить писать грамотно и красиво, исправлять речь — замечательно, но важно быть для де-

тей и примером: умным, добрым, сопереживающим, чувствующим желания, возможности, способности ребенка. Это необходимо для успеха, как профессионального, так и личного.

Послушайте притчу.

Ученик спросил мастера: «Насколько верны слова мастера, что не в деньгах счастье?» Тот ответил, что они верны полностью. И доказать это просто. Ибо за деньги можно купить постель, но не сон. Еду, но не аппетит. Лекарство, но не здоровье. Слуг, но не друзей. Женщин, но не любовь. Жилище, но не домашний очаг; развлечение, но не радость; учителей, но не ум.

И то, что названо, не исчерпывает список. Я желаю понять себя и людей, которые вас окружают. Это сложно, но я верю, что у каждого свое представление о счастье.

А вот еще одна притча.

Было у одного богача все, что желают люди. Миллионы денег и разубранный дворец, и красавица жена, и сотни слуг, и роскошные обеды, и всякие закуски и вина, и полная конюшня дорогих коней. И все это так наскучило ему, что он целый день сидел в своих богатых палатах, вздыхал и жаловался на скуку.

Только и было дело и радость — еда. Просыпался он и ждал завтрака, от завтрака ждал

обеда, от обеда — ужина. Но и этой утехи он скоро лишился. Ел так много и так сладко, что испортился у него желудок, и позывов на еду у него не стало.

Призвал он докторов. Доктора дали лекарство и велели ходить два часа на природе.

И вот ходит он однажды свои положенные два часа, и все думает о своем горе, что нет охоты к еде. И подошел к нему нищий.

— Подай, — говорит, — Христа ради, бедному человеку.

Богач все о своем горе думает, что ему есть не хочется, и не слушает нищего.

— Пожалей, барин, целый день не ел.

Услыхав про еду, богач остался.

— Что же, есть хочется?

— Как не хотеть, барин, страсть как хочется!

«То-то счастливый человек», — подумал богач и позавидовал бедняку.

Нужно также читать детям рассказы о добре и зле, щедрости и жадности, трудолюбию и лени, честности и лживости, ценности дружбы. Поведение героев поможет сформировать у ребенка осознанное отношение к поступкам своим и сверстников. Кроме того, рассказы помогут развить абстрактное и логическое мышление, эмоционально-волевою сферу, связную речь.

Закончить тренинг я тоже хочу притчей.

Однажды старый башмачник обнаружил, что если вечером перед сном он вырежет из кожи заготовки для обуви и разложит их на столе, то утром на столе будут стоять башмаки. Пока он спал, кто-то выполнял за него часть работы. И это случалось, только когда мастер вечером подготавливал выкройки из кожи для завтрашнего дня. Ему стало очень любопытно, как же происходит, что к утру у него уже есть несколько пар готовой обуви.

Однажды ночью он, как обычно, разложил заготовки на столе и спрятался. И когда часы пробили полночь, откуда ни возьмись, на столе появились маленькие человечки — гномы, которые быстро сшили из подготовленных кусочков новые туфли. На следующее утро пришел подмастерье и удивился, когда же мастер успел сделать столько отличных башмаков.

И тогда мастер сказал ему: «Все дело в заготовках. Сделай их сегодня, и завтра дела твои пойдут успешнее».

В каждом человеке есть внутренний потенциал для решения проблем. Наша задача — нащупать эту дорожку и дать веру в возможность поиска и нахождения собственных ресурсов.

Лампа без тени*

Рассказ о труде врача

Шипошина Т.В.,

*писатель, врач, член Московского союза литераторов,
Московского отделения Союза писателей России,
Международного творческого объединения детских авторов,
гл. лит. редактор сайта МТОДА «Дети и книги», Москва*

Аннотация. В статье представлен рассказ, знакомящий детей с трудом врачей, а также способствующий формированию ценностного отношения к своему здоровью.

Ключевые слова. Здоровье, представления о труде врача.

Предлагаем вашему вниманию рассказ, который поможет сформировать у детей представления о труде врача и желание вести здоровый образ жизни, осознать ценность здоровья.

* * *

Живот у Саши Ковалева начал побаливать с утра. Заныло где-то «под ложечкой». Но потом все прошло.

Саша бежал в школу. Весна еще только начиналась. Кое-где лежал снег, но на деревьях уже начали набухать почки. Светило солнышко. Саша радовался жизни и думал о том, что сегодня на уроке физкультуры ожидается

матч по минифутболу между их классом, 5 «А», и 5 «Б». В зале — два тайма по 30 минут. Девчонки обоих классов будут «болеть», как могут. Кажется, они даже плакаты нарисовали.

Он, Саня, — нападающий. Ну и зададут же они перцу «бэшкам»! Просто обязательно надо забить гол. Или два. Можно — и больше.

Три урока пролетели незаметно. Саня едва дождался четвертого урока, на котором, как раз и была физкультура.

Матч начался. Саня рвался в атаку.

— Саша, Саша! Давай, давай! — кричали девчонки.

И вот комбинация... Саня получает пас... удар! Гол! Ура! 1:0 — 5 «А» ведет!

* Окончание в № 8, 2018.

Саша прыгал от радости. Ребята обнимали его и хлопали по плечам. Тут что-то екнуло у Сани в животе. Как-то нехорошо потянуло... Саша потер рукой болезненное место и снова ринулся в атаку.

Тут «бэшки» активизировались. Отобрали мяч и ринулись в атаку. Они забили гол! Эх... 1:1.

Во время следующей атаки Саня снова принял мяч. Вперед! Надо прорываться к воротам. Удар! Снова все ребята запрыгали вокруг, но Саша даже не смог порадоваться очередному голу. Он согнулся от боли и опустился на пол зала.

— Живот болит! — проговорил он.

Учитель физкультуры дал свисток: 2:1. Затем он подошел к Сане, помог подняться и отвел его на лавку, к болельщикам. Вместо Саши на поле выскочил запасной игрок. Вскоре и первый тайм закончился.

Боль немного утихла. Но как только Саша попытался снова выйти на поле, она вновь появилась. А к боли прибавилось еще и огорчение. Счет стал 2:2, потом 2:3. Проиграли «бэшкам»... Неужели из-за него? Из-за Сани? Ведь он — лучший нападающий! Из-за этого противного живота, который разболелся так не вовремя.

— Давай отведу тебя в медпункт, — предложил учитель, как только матч закончился.

— Нет, не надо! — замахал руками Саня. — Уже почти ничего не болит!

И правда, если идти спокойно, боль только чуть-чуть отдается где-то в середине живота. Тянет потихоньку, и все. Больше беспокоит обида. Проиграли...

Вечером дома живот разболелся не на шутку. Назойливая, ноющая боль периодически охватывала его. Есть не хотелось.

Уроки Саня к тому времени уже сделал. Поиграть бы в какую-нибудь компьютерную игру, но мальчику захотелось прилечь. Лежа вроде бы становилось легче. Боль и появившаяся тошнота успокаивались и затихали.

Мама присела рядышком на диван:

— Вот они, твои чипсы! — немного поворчала мама. — Вот они, твои гамбургеры вместе со сникерсами! Еще желудок испортить нам не хватало, с пятого то класса!

— Ма-а..., — протянул Саня. — Ма, да ладно! У меня уже почти не болит!

— Тогда пошли ужинать, — сказала мама.

— Неохота.., — проговорил Саша.

— Давай, я хоть чаю тебе сделаю, — вздохнула мама. — С ли-моном.

— Давай, — согласился Саня, чтобы не обижать маму.

Ему и чая совсем не хотелось. К приходу папы Саша уже спал. А ночью он проснулся от сильной боли внизу живота. Казалось, боль разливается, словно расплавленный металл.

— Ай-ай-ай, — стонал Саня, держась за живот.

Мама и папа проснулись.

— Что делать будем? — спросил папа.

— Надо “скорую” вызвать! — предложила мама.

— Не надо “скорую”, — возразил Саня. — Ма, не надо “скорую”! Они это.. еще увезут меня в больницу... Дайте мне таблеточку. Обезболивающую...

— А вдруг это аппендицит? — предположил папа. — Где у тебя болит? Справа или слева?

— Ты-то сам помнишь, где аппендицит болит? — спросила мама.

— Справа, — ответил папа.

Потом пощупал свой живот и неуверенно произнес:

— Или слева... У меня не было.

— И у меня не было, — вздохнула мама. — Поэтому принима-

ем решение: вызываем “скорую”. Где мой телефон?

— Мама.., — только и мог прошептать Саня.

Ему, и вправду, становилось все хуже. Боль не прекращалась. Тошнило. Кроме того, вдруг стало холодно, начало трясти. Хотелось прижать ноги к животу и накрыться одеялом с головой. Такого с ним еще не случалось. Ни разу в жизни. Саша, конечно, не кричал. Только стонал: «У-у-у... У-у-у-у...».

«Скорая» прибыла довольно быстро. У Сани не было сил рассмотреть тех, кто приехал. Ему поставили градусник. Какая-то женщина больно мяла ему живот, заставляя поворачиваться из стороны в сторону.

Больно! Очень, очень больно! Наконец, доктор «скорой» закончила осмотр и присела за стол.

«Термометр возьмите у мальчика, — сказала она. — Угу. Тридцать семь и восемь.

— Доктор, что с ним? — тревожные голоса папы и мамы сливались и звенели где-то вдалеке.

— Непонятно пока, — ответила доктор. — Но мальчика надо срочно госпитализировать. Срочно! Собирайтесь.

— А что, как.., — растерялась мама.

— Все, что забудете, привезете потом, — успокоила родителей врач «скорой». — Кто поедет?

— Я! — сказали мама и папа, одновременно.

— Вдвоем нельзя, — покачала головой врач.

Но, посмотрев на родителей, тихонько произнесла:

— Ну, ладно...

Вот уже Саню ведут под руки к машине «скорой помощи». С одной стороны — мама, с другой — папа. Во дворе темная ночь. Никого, только фонари сияют вдалеке, расплываясь в Саниных глазах. Эх, если бы не боль...

Если бы не боль и температура, да не озноб с тошнотой, порадовался бы Саша ночному приключению. Оказывается: когда тебе плохо, когда у тебя что-то болит, все приключения отодвигаются на второй план. А то и на третий. Остается только боль. Ночь и боль.

— У-у-у... У-у-у-у., — выл от боли Саша.

— Сынок, терпи! Мы с тобой! — подбадривали его родители.

Мама с папой — рядом, но боль — сильнее даже их.

— У-у-у... У-у-у-у., — продолжал выть Саня.

Мальчик лег на носилки. Машина «скорой» отправилась. Во-

дитель включил синий проблесковый маячок.

Сирену водитель включает периодически, только перед светофорами. Все-таки ночь, машин на улицах немного. Но Саня не думает об этом. Он придерживает живот двумя руками. Потому что на каждой кочке, на каждой колдобине боль усиливалась. Она стала почти невыносимой.

— Сашенька, потерпи, — успокаивала мама.

— Да что это за дороги! — возмущался папа.

«Что же это? Что же это такое? Что могло приключиться?»

Из машины Сашу вынесли на носилках. Папа помог. В приемном отделении мальчика переложили на кушетку. Саша уже почти ничего не видел и не чувствовал, кроме боли. Через некоторое время перед ним возникло лицо мужчины — доктора. Серые глаза врача внимательно смотрели из-за очков.

— Как дела?

— У-у-у...

— Понятно. А так?

— Ой!

— Понятно. Язык покажи.

— Э-э...

— Во рту сухо?

Саша облизал подсохшие губы:

— Угу...

— Понятно. Страшно?

— Не-а...

— Молодец! Ну и не бойся.

Мама с папой едва дождались конца осмотра.

— Доктор, что с ним?

— Давайте поговорим в коридоре, — ответил он.

Саша остался один. Страшно-нато... Нет, конечно, ему не очень страшно. Разве что, самую малость.

Тут в смотровую комнату вернулась мама. Она утирала слезы. Вместе с мамой в смотровую вошла медсестра. Она сделала Саше укол, но он его даже не почувствовал: так болел живот.

— Молодец! — сказала медсестра.

Но Саша ее даже не услышал.

Мама стала его раздевать.

— Надо, сынок.

— Совсем?

— Совсем.

— Мама, не плачь!

— Сынок, тебя на операцию отправляют. Срочно. Но ты не бойся...

Мама всхлипывала.

— Я не боюсь, — с трудом проговорил Саня и с помощью мамы и медсестры забрался на каталку и натянул на себя простыню. Его куда-то повезли. Мама осталась в коридоре. Саша смотрел вверх и видел там только белый пото-

лок и белые расплывающиеся в глазах лампы.

Какая странная дорога...

Боль в животе затихла. Вот он приехал в прохладную белую комнату. Здесь было много света. Что-то звенело. Тревожно... Холодно...

Саша увидел глаза доктора, его руки в резиновых перчатках. Лицо хирурга было закрыто маской. Видны лишь глаза.

— Держись, — сказал доктор. — Все будет хорошо.

Саша захотел что-то ответить, но язык его совсем не слушался. Стало темно...

При пробуждении Саня почувствовал боль в горле, а потом — в животе и во всем теле. Кто-то пытался с ним разговаривать, задавал ему вопросы... Мальчик не понимал, где находится, и вскоре снова впал в забытие.

Второй раз его снова разбудила боль в животе, но она была другой. Саша осмотрелся. Белый потолок, яркий свет... Высокая кровать на колесиках, почему-то посреди палаты. В руку, по трубочке, капает лекарство.

— О-о-о..., — застонал Саша.

— Проснулся? Хорошо, — возле постели Саши появился доктор. Молодой, в шапочке зеленого цвета. — Ты, брат, пока

в реанимации, — пояснил этот доктор. — Ну и задал ты хирургам работы вчера!

— Вчера? Живот болит... Горло болит... Пить хочу.., — проговорил мальчик.

— Горло пройдет, а пить пока нельзя. Терпи. Слава Богу, что вчера Александр Иванович дежурил, заведующий отделением. Руки у него золотые. Он тебя оперировал, — ответил доктор.

— А что у меня было? — с трудом смог спросить Саня. — Чего так... живот болел?

— Аппендикс твой воспалился и лопнул в животе, — сказал врач.

— А.., — проговорил Саня.

Доктор тем временем отдавал распоряжения медсестре: ввести то-то, промыть то-то. А Саше подмигнул:

— Так, больной, сейчас тебе укольчик сделаем, и еще несколько часов будешь спать. А потом посмотрим на твое поведение. Понял? — сказал доктор.

— Понял, — ответил Саня.

Он хотел задать еще много вопросов, но спина доктора уже маячила у двери. Когда Саша проснулся в третий раз, около его кровати стояли оба доктора: и молодой, и тот, которого звали Александром Ивановичем, заведующий отделением.

— Как дела? — спросил он.

— Хорошо, — ответил Саша.

Он, и вправду, чувствовал себя неплохо. Горло почти не болело, а боль в животе ощущалась, как далекое эхо.

— Прекрасно! Дай-ка, я твой живот посмотрю, — Александр Иванович откинул одеяло.

Он осторожно прошелся по животу пальцами. Саша, конечно, боялся, что будет больно. Даже губу заранее закусил. Но боли почти не ощутил.

— Нормально, прекрасно.., — приговаривал Александр Иванович. — Завтра можно и в общую палату. А ты, тезка, в постели начинай поворачиваться. Крутись с боку на бок. Понял?

— Понял. А зачем? — поинтересовался Саня.

— Ты любознательный, — ответил доктор. — Это хорошо. Затем, чтобы у тебя в животе петли кишечника не приросли друг к другу. А то потом будет болеть.

— Доктор, — решился спросить Саня. — Правда, что у меня аппендицит лопнул?

Доктор покачал головой:

— Аппендицит лопнуть не может. Аппендицит — это болезнь, воспаление червеобразного отростка слепой кишки человека. Этот самый отросток называется аппендикс. И вот он может и

воспалиться, и разрываться, и вызывать в животе грозное осложнение, которое называется перитонит. Впрочем, для таких подробностей ты еще мал, — ответил Александр Иванович.

Доктор улыбнулся.

— Ну, если у тебя есть силы мне возражать, значит, скоро пойдешь на поправку, — сказал он.

— Доктор... Александр Иванович, а вы мне расскажите? — произнес Саня.

— О чем? — спросил доктор.

— Ну, про операции, про операцию... Как вы ее делали. И как это — быть врачом, — ответил мальчик.

— Ишь, какой любознательный! — вступил в разговор молодой доктор. — А главное, шустрый! Расскажите ему весь курс хирургии в двух словах!

— Это хорошо, что шустрый, — сказал Александр Иванович. — И хорошо, что всем интересуется. Из таких ребят могут получиться в будущем хорошие доктора. Себя вспомни, в молодости. Впрочем, ты и сейчас не стар.

— Я уже давно не молодой! — сказал молодой врач, совсем, как Саня, с такой же интонацией.

— Да.., — протянул Александр Иванович. — Врачом быть, а особенно хирургом — не

шутка. Во-первых, нужны знания. Во-вторых — знания. И в третьих — новые знания. Ты, Саша, как учишься?

— На четверки. Ну и тройки бывают, — ответил мальчик.

— На четверки... А если бы я тебе операцию сделал на четверку? Или — на тройку? — спросил Александр Иванович.

Саша промолчал... Нет, не хотел бы он, чтобы в его животе поработал троечник.

— Кроме знаний, — продолжал Александр Иванович, — нужна доброта. Разве хотел бы ты, Саня, чтобы у тебя в животе орудовал кто-то злой?

— Доброты вам, Александр Иванович, не занимать, — отметил молодой доктор. — Вас и больные любят, и персонал. И коллеги. И даже начальство.

— Спасибо на добром слове, — отозвался Александр Иванович, чуть усмехнувшись. — Начальство любить меня не обязано, но вынуждено прислушиваться. Так о чем мы... Да! Еще хирургу нужны твердая рука, смелость, решительность, умение доказывать свою правоту, верить себе и людям. Вот сколько всего! Но есть и еще одно.

— Что же? — спросил молодой доктор.

А Саша даже не спрашивал. Просто смотрел во все глаза и слушал во все уши. Александр Иванович посмотрел на мальчика. Глаза за очками и вправду — добрые-добрые!

— Еще нужно что-то загадочное, — тоном заговорщика произнес Александр Иванович. — Загадочная врачебная интуиция. Это когда все против, а интуиция — за! Вот тогда доктору надо уметь ее услышать. А подсказывает она негромко. Или, если хочешь, словно бы ангел в ухо шепчет: «Не спи, а двигай рукой в правильном направлении! И мозгами шевели так, как надо!»

— Вы, Александр Иванович, еще скажите, сколько лет нужно проработать хирургом, чтобы эта загадочная интуиция появилась? Какой опыт надо иметь? — спросил Саша.

— Кому как, кому как..., — ответил доктор.

Александр Иванович поднялся.

— Давай поправляйся, — кивнул он Сане на прощание.

— Угу, — ответил мальчик. — Спасибо...

Саня лежал и думал. Он пытался понять все, что с ним произошло и продолжало происходить. Непонятно. В голо-

ве не умещается... Но ведь это здорово! «Скорая» привезла его в больницу, и тут же врач сразу во всем разобрался. Принял решение. Смело принял! А если бы он не был таким смелым? Засомневался бы?

А почему он не сомневался? Потому что все знал. Это же — здорово! Врача все послушались. Все, кому он сказал, собрались в операционной. А дальше? Дальше врачу требовалось что-то сделать. Что-то такое нужное, необходимое... Но это же — опасно! А вдруг сделаешь что-то не так? Что-то соскочит, оторвется? Врач сделал все правильно. Значит, доктор Александр Иванович его, Саню, спас?

Нет, не получалось у Саши как следует подумать. Одни вопросы! Да еще и ворочаться надо сбоку на бок, а неудобно... И в сон клонит... Так, до самого утра: Саша то засыпал, то просыпался. Во сне он видел себя сильным, смелым, умным, знающим и добрым, решительным. Он увидел самого себя в белом халате и в зеленой врачебной шапочке. И, почему-то, в очках. В таких же, как у Александра Ивановича.

Утром Саню перевели в общую палату. Везли на каталке по длинному коридору мимо палат. Как их много!

На пороге одной из них уже дежурили мама и папа. Они ждали его. Обнимали Саню, целовали и радовались.

— Слава Богу, сынок, все в порядке! И спасибо Александру Ивановичу, что он ни минутки не ждал, а сразу взял тебя на операцию, — сказала мама.

— Этот противный отросток лопнул в твоём животе, — произнес папа.

— Но воспаление ещё весь живот не успело охватить. Только один участок. Александр Иванович сказал, что ты в рубашке родился, — радостно говорила мама, обнимая Саню.

— А сам Александр Иванович, наверно, родился сразу во врачебном халате, — сказал папа, когда Саня уже лежал в палате, на новой обычной кровати.

«Если бы знать заранее, в чем ты родился.., — успел подумать Саня. — В какой рубашке, в каком халате или в какой форме, а, может, и в скафандре».

Папа ушел, а маме разрешили побыть в палате ещё немного.

— Тебе уже разрешили есть бульон, — радовалась мама. — И яйцо. И кисель, только несладкий.

Саня тоже радовался. С удовольствием выпил бульон, а потом и кисель. Правда, живот ещё

побаливал, но эту боль вполне можно было терпеть. В палате оказалось ещё две кровати. С них на Саню поглядывали такие же мальчишки, как и он. Один, чуть постарше, чернявый, которого, как потом выяснилось, звали Сережа, и светленький, кудрявый паренек помладше, по имени Артем.

Но все это Саня узнал и рассмотрел позже. Оказалось, что Сережу прооперировали на день раньше. У него тоже был аппендицит. А вот Артем не знал, что с ним. Хотя его тоже оперировали, но не сказали почему.

Мама ушла, а через час в палате появился Александр Иванович. Он подошел к каждому из ребят. Сначала — к Артему.

— Как ты, Артемка? — спросил доктор.

— Хорошо.., — промямлил тот.

— Живот болит? — поинтересовался Александр Иванович.

— Угу, — ответил мальчик.

— А поясница? — спросил доктор.

— Угу, — кивнул Артем.

— В туалет ходил? — спросил хирург.

— Да, — ответил мальчик.

— Тебе можно ходить только до туалета и обратно. Можно пару шагов до окна. Но по кори-

дору не бегай, — сказал Александр Иванович.

— Да я и не могу, — сказал Артем.

— Скоро тебя в другое отделение переведут. Потерпи. Потерпи, малыш, — ответил доктор.

Александр Иванович взломал Артемкины белесые кудри.

— Держись, брат, — подбодрил он мальчика.

— Ну а как наш богатырь-спортсмен? — это Александр Иванович обратился к Сереже.

Саня потом узнал, что Серега занимался борьбой.

— Нормально, — срывающимся баском ответил Сережа.

— А вот тебе, боец — ходить! Ходить по коридору, в туалет, по палате. Потихоньку наклоняться в стороны, ногами не махать и не дрыгать, а вот руками — можно. Скоро — домой. Молодец! — проговорил доктор.

Тут Александр Иванович поднялся и повернулся к Сане.

— А тебя, тезка, я посмотрю на перевязке. Медсестра за тобой придет и на кресле привезет в перевязочную. Ты можешь встать и немного стоять около кровати. И в кровати поворачивайся. Понятно? — сказал доктор.

— Понятно, — ответил Саша.

Эх, как Сане хотелось поговорить с доктором! Сколько вопросов ему задать! Но доктор уже выходил из палаты, чуть ссутулившись.

«Наверно, он устал, — подумал Саня. — Вон, оказывается, сколько тут больных людей. Во всех палатах — пациенты. И все — прооперированы, наверное. Неужели все — спасенные от смерти?»

Если кто-то человека на пожаре спасет, или из речки вытащит утопающего, ему медаль сразу вручают. Могут и по телевизору показать. А врачей почему-то редко награждают и по телевизору нечасто показывают...

Перевязочная — это такой кабинет, где больным делают перевязки. Здесь прохладно, чисто. Стены кафельные. Столики покрыты стерильными простынями. Возле одного из них в стоит медсестра в белоснежном халате, резиновых перчатках, колпачке и маске. Рядом с перевязочным столом — Александр Иванович.

— Ложись, ложись. Не бойся, — сказал доктор.

Вот Саша уже лежит на перевязочном столе. Сердце колотится...

— Так, потерпи, — предупредил Александр Иванович. — Сейчас тут одну трубочку уда-

лим... Надеюсь, рана начнет заживать.

— Ой! — вскрикнул Саша.

— Все, все. Молодец, тезка! Валюша, дай мне кохер с шариком. Перекиси побольше, я сейчас парню живот почищу, а то чесаться будет, — сказал хирург.

— Ой! — опять вскрикнул Саня.

— Нормально, герой, — произнес доктор.

— Александр Иванович, а что такое кохер с шариком? — спросил мальчик.

— Уж не подумал ли ты, что это хозяин со щенком? — усмехнулся Александр Иванович. — Такой старый хозяин в очках, по фамилии Кохер? А щенок — Шарик. Лохматый и ушастый.

Саша, конечно, понимал, что доктор ему зубы заговаривает. Отвлекает от боли. Но разговаривать с доктором — здорово!

— Нет, — ответил Саша. — Я думал, это дяденька с надутым шариком.

— Молодец, — оценил доктор Санينو чувство юмора. — А кохер, это инструмент хирургический, названный по имени великого швейцарского хирурга Эмиля Теодора Кохера. Вот он, смотри.

Александр Иванович издала показал Саше блестящий инстру-

мент, чем-то похожий на ножницы.

— А шарики медсестры делают из марли, — вступила в разговор медсестра Валюша. — Сидим, как три девицы под окном. Шарик вертим. Потом стерилизуем.

— Что бы мы без вас делали? Умницы вы наши, — похвалил Александр Иванович всех медсестер в лице перевязочной сестры Валюши. — Некоторые признаки заболеваний, или симптомы, в медицине называются по имени тех докторов, которые описали их в первый раз. Вот у тебя, Саша, симптом Кохера имелся, когда ты поступал в приемное отделение. Боль у тебя началась сверху, и только потом спустилась вниз, — пояснил доктор.

— У меня? — удивился Саня. — Откуда у меня... Он же из Швейцарии, Кохер этот, — удивился Саша.

— Ну, не смей меня, тезка. Это знаменитый хирург из Швейцарии. Его именем назван симптом, который может быть у самых разных людей — хоть в России, а хоть в самой Африке, — ответил Александр Иванович.

— Ну, да..., — проговорил мальчик.

— Медицина — такая наука, которая всегда помнит своих ос-

нователей. Многие способы проведения операций носят имена создателей. Например, во время операции я сделал тебе разрез по методу Мак-Бурнея, — сказал доктор.

— По какому методу? — переспросил Саша.

— Мак-Бурнея, так звали американского хирурга. Так-то вот, — ответил врач.

Александр Иванович улыбался. Это Саша видел, несмотря на маску, прикрывающую лицо доктора.

— Ну., — протянул Саша. — Вы так много знаете... Мне столько никогда не выучить.

— А что, тетка, уже появилось желание поучить? — поинтересовался доктор.

— Ну., — промямлил мальчик.

— Агитировать не стану, — сказал доктор. — Сам смотри. Сам запоминай, сам думай. Первое дело — понять, захотеть. Захотеть искренне, самым сердцем. Остальное — приложится. Все, Валюша, салфетку давай.

— Побольше бы таких хирургов, как вы, Александр Иванович, — вздохнула медсестра. — А то не хватает врачей. Вы уже с ног валитесь. Сутками сидите в отделении.

— Работа врача, а тем более хирурга, и правда, трудная, — тихо приговаривал Александр Иванович, наклеивая чистую салфетку на Санин живот. — Тяжелая. И камней подводных у нее много, то есть проблем разных непредвиденных. Вот что легче: вагон разгрузить или аппендикс удалить? А, тетка? Как думаешь?

Если бы знал Саша, что ответить...

— Правильно, — ответил на свой вопрос Александр Иванович. — Нельзя сравнивать теплосное с квадратным. Тебе уколы колют?

— Да. Больно, — ответил Саша.

— Ничего, пятая точка потерпит. Зато болезнетворные микробы в твоём животе не разовьются. Раньше, когда антибиотиков не было, у людей часто были осложнения, даже после операции. А ведь антибиотики получены совсем недавно. Был такой замечательный шотландский ученый — Александр Флеминг, — сказал доктор.

— Расскажите, Александр Иванович! — попросил Саша.

— А перевязки? — развел руками доктор. — У меня же вечная очередь.

— Хоть немножко! — воскликнул Саша.

— Ладно. А тебе будет задание — найти об этом книгу и прочесть. Согласен? — ответил Александр Иванович.

— Да! — произнес мальчик.

— Ну, слушай. Александр Флеминг с юности мечтал найти лекарство против вредных бактерий. Его лаборатория находилась в Лондоне при госпитале, в маленькой комнатке. Убирать свою комнатку он не любил. И вот однажды он заметил, что плесень заселила чашки Петри, на которых росли болезнетворные микробы — стафилококки. Она появилась на тех чашках, которые он забыл вымыть. И все стафилококки в чашках погибли, — сказал доктор.

— А что такое чашки Петри? — спросил Саня.

— Да, тезка, тебе и правда, не откажешь в любознательности, — улыбнулся доктор. — Чашка Петри — это такая специальная стеклянная чашечка с питательным веществом, в которую помещают микроорганизмы и изучают, как они растут. Названа в честь своего изобретателя — немецкого ученого-бактериолога Юлиуса Петри. Но давай вернемся к Александру Флемингу. Итак, плесень заселила все чашки Пе-

три и болезнетворные микробы погибли.

— Можно было и не заметить, — произнесла медсестра Валюша, звеня инструментами. — В такой грязи-то.

— Да, можно. Но ведь Флеминг был исследователем. Он тут же свой опыт перепроверил. И не раз. И даже сделал сообщение о своем открытии в 1929 г. Его не сразу приняли. Не поверили. Но Флеминг был настойчив и упрям. Только через тринадцать лет после открытия, в 1942 г., первый антибиотик — в том виде, как это мы понимаем сейчас, впервые ввели больному, умирающему от менингита, т.е. воспаления оболочки мозга. Это заболевание вызывают болезнетворные микробы. И больной выздоровел! — продолжил рассказ доктор.

— Здорово! — порадовался за незнакомого больного Саша.

— Да, в те времена выздоровление от такой болезни было равносильно чуду, — согласился доктор. — Антибиотик назвали пенициллин. Не по имени ученого, а по названию плесени, из которой он выделил лекарство. Потом сам Флеминг и ученые из Америки Хоуард Флори и Эрнст Борис Чейн, которые вместе с ним создавали это лекарство, получили Нобелевскую премию.

А в России пенициллин первой создала ученый-микробиолог Валентина Ермольева. Это было в 1942 г., в тяжелейших условиях, во время Великой Отечественной войны. А теперь тебе, Саша, и всем, кому надо, колют антибиотики, как нечто обыденное, привычное.

— Здорово.., — произнес мальчик.

— Да, хорошо. Только если что-то становится привычным, люди перестают удивляться и ценить это. Не дай Бог, если сейчас все антибиотики вдруг перестанут действовать, — произнес доктор.

— А что тогда будет? — спросил Саня.

— Что будет? Люди будут страдать от ран, от воспаления легких. От любого нагноения, которое нечем будет лечить, — ответил Александр Иванович.

— Вот к удалению аппендикса тоже все привыкли, — напомнила медсестра Валуша. — Подумаешь, аппендикс удалить! Как занозу из пальца!

— Александр Иваныч, а когда первый раз человеку удалили аппендицит? — решил спросить Саша.

— Аппендикс! — поправил доктор.

— Да, — согласился Саша.

— Не так уж и давно. Скорее, недавно. Около 1884 г. В историю среди первых хирургов, которые сделали такую операцию, попали Рудольф Кренлейн и сам Чарльз Мак-Бурней. Это было чуть больше ста лет назад. А до этого представляешь, сколько человеческих жизней забирал простой аппендикс, когда воспалялся! — произнес Александр Иванович.

Саша даже прикрыл глаза, чтобы представить. Много...

— Да и не только аппендикс, — продолжил доктор, подавая Сане руку, чтобы тому было удобнее слезть с перевязочного стола. — Сейчас можно было бы спасти и Александра Сергеевича Пушкина. Его Дантес ранил на дуэли в живот. Поэт погиб от воспаления в животе, от перитонита. Это очень больно и мучительно, поверь. Сейчас бы все в животе промыли, поврежденный кишечник сшили, назначили антибиотики.

Александр Иванович помог Саше пересест на кресло. Тут пришла медсестра с поста и повезла на каталке Сашу в палату. Мальчик прикрыл глаза, повторяя про себя до этого неизвестные, а теперь почти родные имена: Кохер, Мак-Бурней, Флеминг... И знакомое имя: Пушкин Александр Сергеевич...

ЦЕНТР ОБРАЗОВАНИЯ «СФЕРА»

Центр помогает педагогам и родителям, которые хотят воспитать своих детей умными, здоровыми и счастливыми, тем, что дает удобный доступ в любое время к знаниям и опыту по образованию детей.



НАШИ СПИКЕРЫ

Преподаватели-практики, авторы популярных программ и учебников, неоднократные лауреаты всероссийских и международных конкурсов.

Все материалы доступны, современны и содержат практические задания и рекомендации, знакомят с передовыми образовательными практиками России и мира.

ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ

Участник онлайн-мероприятия получает сертификат, а за прохождение учебного курса по дополнительной профессиональной программе от 16 часов — удостоверение установленного образца.

(Лицензия № 038799 от 05 октября 2017 года на осуществление образовательной деятельности.)

ФОРМЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ



Учебные курсы



Онлайн-семинары



Вебинары



Очные семинары

БЫТЬ УСПЕШНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ И СЧАСТЛИВЫМИ РОДИТЕЛЯМИ ЛЕГКО, ПРИХОДИТЕ К НАМ И УБЕДИТЕСЬ В ЭТОМ

ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ И УЗНАТЬ ПОДРОБНОСТИ:

☎ +7 (495) 656-75-05 **доб. 104** @ @YCHIMSA_DOMA 🌐 WWW.TC-SFERA.RU

НА САЙТЕ РАЗМЕЩАЕТСЯ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАН ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ПОВЫСЬТЕ СВОЮ КВАЛИФИКАЦИЮ ВМЕСТЕ С ИЗДАТЕЛЬСТВОМ «ТЦ СФЕРА»!

Приведенные ниже вебинары состоялись на базе нашего издательства в текущем году. Теперь вы можете посмотреть их записи и получить сертификаты!

Для просмотра вам нужно открыть плейлист «**вебинары**» на канале «**Творческий Центр СФЕРА**» в YouTube. По вопросам получения сертификатов обращайтесь по телефону (495) 656-75-05 или по адресу site@tc-sfera.ru

Ждем вас на наших предстоящих мероприятиях!

Информацию о них можно узнать на сайте www.tc-sfera.ru в разделе «План мероприятий издательства».

Вебинары 2018 года

Название	Автор
1	2
Развитие и воспитание детей раннего возраста	Печора Ксения Люциановна
Занимательные истории для малышей	Савушкин Сергей Николаевич
Художники в памперсах	Воробьева Ирина Николаевна
Современный менеджмент – новая управленческая философия	Белая Ксения Юрьевна
Повышение качества дошкольного образования в условиях общего образования	Майер Алексей Александрович
Как повысить профессиональную компетенцию педагогов в общении с родителями воспитанников	Кротова Татьяна Викторовна
Дифференцированный подход к планированию образовательной деятельности в условиях инклюзивной группы	Микляева Наталья Викторовна

1	2
Формирование лидерской компетентности руководителя ДОО — необходимый фактор мотивации профессионального роста педагогов	Богославец Лариса Геннадьевна
Методические аспекты развития речи у неговорящих детей дошкольного возраста	Соломатина Галина Николаевна
Логопедические занятия с применением компьютера	Лиманская Ольга Николаевна
Формирование начального детского лексикона в условиях направленного коррекционно-развивающего обучения	Громова Ольга Евгеньевна
Игровые технологии в формировании социально-коммуникативной компетентности у старших дошкольников	Алябьева Елена Алексеевна
Социализация как ориентир социально-коммуникативного развития детей дошкольного возраста	Коломийченко Людмила Владимировна
Методы и приемы социально-коммуникативного развития дошкольников	Свободина Наталья Генриховна
Формирование социальной картины мира ребенка в детско-родительских отношениях	Потапова Ольга Евгеньевна
Мультипликационные фильмы как средство художественно-эстетического развития детей	Грошенкова Виктория Алексеевна
Художественный труд в детском саду	Бревнова Юлия Александровна
Художественно-эстетическое воспитание детей дошкольного возраста	Зацепина Мария Борисовна
Эстетическое развитие и формирование творческих способностей у дошкольников	Красносельская Валентина Борисовна

Представляем новинки октября 2018 г.

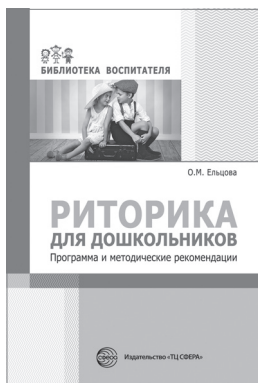


РАЗВИТИЕ РЕЧИ И ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ 4—7 ЛЕТ

Игры и упражнения

Авторы — Ермакова Т.П., Головешкина Ю.Л., Салугина Я.Л.

В книге представлены игры и упражнения по развитию речи и движений у детей 4—7 лет с использованием нетрадиционных технологий: метода биоэнергопластики, фонетической ритмики, пальцевого массажа и др. Материал систематизирован по лексическим темам. Описывается работа по развитию артикуляционной, мелкой, общей моторики, дыхания, лексико-грамматических категорий, зрительного и слухового внимания, слоговой структуры и связной речи.



РИТОРИКА ДЛЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Программа и методические рекомендации

Автор — Ельцова О.М.

В данной книге раскрываются основные направления работы и даются методические рекомендации по приобщению старших дошкольников к основам риторики в контексте развития выразительной связной речи. Программа и технология в форме опорных конспектов по обучению дошкольников 5—7 лет риторике, конкретно подобранный методический и литературный материал позволяют целенаправленно развивать культуру речевого общения и творческие способности детей.



ИГРАЕМ С СОЮЗАМИ

Союзы и, а, но

Союзы потому что, так как, когда

Автор — Танцюра С.Ю.

Каждый комплект «Играем с союзами» представляет собой 12 обучающих картинок, состоящих из 26 карточек, 6 графических схем и 4 игр. В игровой форме ребенок познакомится с часто употребляемыми союзами, освоит их смысловое значение, научится правильно использовать на занятиях по развитию речи и в повседневной жизни. Каждая из представленных игр направлена на формирование и развитие определенных умений, необходимых для полноценного развития речи.



Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ

Сайт подписных изданий

www.sfera-podpiska.ru

 СОЗВЕЗДИЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ
для дошкольного образования

главная | подписка | журналы | о нас | авторам | контакты






Подписка на первое полугодие 2018 года открыта Для специалистов ДОО

Почтовая
Редакционная
Электронные журналы

sfera-podpiska.ru

 У правление Журнал УПРАВЛЕНИЕ ДОО На стороне ребенка	 В оспитатель Журнал ВОСПИТАТЕЛЬ ДОО Сердце отдаю детям	 М едработник Журнал МЕДРАБОТНИК ДОО Растим детей здоровыми	 И нструктор по физкультуре Журнал ИНСТРУКТОР ПО ФИЗИКУЛЬТУРЕ Учимся быть здоровыми
 Журнал ДЛЯ САМЫХ-САМЫХ МАЛЕНЬКИХ Дети - друзья!	 Журнал МАСТЕРИЛКА И все получится!	 Журнал ЛОГОПЕД Говорим и развиваемся	 Журнал МЕТОДИСТ ДОО Сотрудничаем во имя ребенка

WWW.SFERA-PODPISKA.RU это:

-  Свежие номера журналов
-  Приложения к журналам
-  Архив журналов
-  Бесплатный доступ ко многим статьям
-  Редакционная и электронная подписка

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!



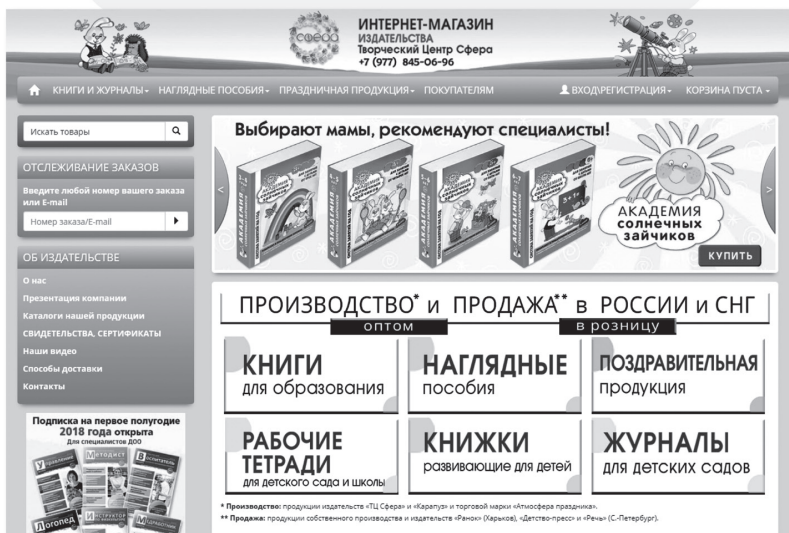
Всем зарегистрированным пользователям предлагаются дополнительные бонусы, подарки и участие в образовательных программах «Творческого Центра Сфера»

Мы ждем вас на **www.sfera-podpiska.ru**

КНИГИ ПО ДОСТУПНЫМ ЦЕНАМ

в интернет-магазине издательства «ТЦ Сфера»

www.sfera-book.ru



НА САЙТЕ



Весь ассортимент издательства



Обновленный рубрикатор



Возможность купить оптом и в розницу



Разнообразные фильтры для отбора



Поля для отзывов и предложений



Новый дизайн и многое другое

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОКУПАЙТЕ!

Мы вас ждем на **www.sfera-book.ru**



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (4); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804 Подписка только в первом полугодии	39757 Без рабочих журналов	10399 Без рабочих журналов
Комплект для руководителей ДОО (малый): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		
Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет	ДЕТСКИЕ издания	34280	16709
Мастерилка: для детей 4—7 лет		34281	16713

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**
36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечать»

Если вы не успели подписаться на наши издания,
то можно заказать их в интернет-магазине: www.sfera-book.ru.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка
РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

В следующем номере!

- Неврологическое сопровождение детей раннего возраста
- Дети с социальной депривацией на ПМПК
- Нутритивная поддержка ребенка с онкологическим заболеванием

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине www.sfera-book.ru.



**«Медработник ДОУ»
2018, № 7 (83)**

**Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475**

Журнал издается с 2008 г.

Выходит 8 раз в год
с февраля по май, с сентября по декабрь

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор О.В. Дружиловская

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.В. Пучкова

Оформление, макет Т.Н. Полозовой

Дизайнеры обложки

В. Чемякин, М.Д. Лукина

Корректоры Л.Б. Успенская, И.В. Воробьева

Точка зрения редакции может не совпадать
с мнениями авторов. Ответственность
за достоверность публикуемых материалов
несут авторы.

Редакция не возвращает и не рецензирует
присланные материалы.

При перепечатке материалов
и использовании их в любой форме,
в том числе в электронных СМИ,
ссылка на журнал «Медработник ДОУ»
обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи
и охраны культурного наследия
Свидетельство ПИИ № ФС 77-28788
от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,
36804 (в комплекте),
«Пресса России» — 42120,
39757 (в комплекте),
«Почта России» — 10399 (в комплекте).

Адрес редакции: 129226, Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.

Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

Рекламный отдел:
Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 25.10.18.
Формат 60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2018
© Т.В. Цветкова, 2018

