



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№7/2017



**Здоровьесбережение  
функций зрения  
у детей в период  
адаптации к школе**

**Семейные отношения  
и психическое  
развитие ребенка**

**Профилактика  
зависимого  
поведения у старших  
дошкольников**

**Коррекционно-  
развивающее  
обучение детей  
с нарушением зрения**



**ГОСТЬ НОМЕРА**

**Наталья  
Борисовна  
ДОЦЕНКО**

# ЗАБИРАЕМ РЕБЁНКА ИЗ САДА, или Что почитать родителям в ожидании заигравшегося «чуда»

**ПРОБЛЕМА.** Вечером, вы пришли за ребёнком, а он никак «не освободится». Не стоит пытаться «вздремнуть» прямо в детской раздевалке. Проведите время с пользой, почитайте наши добрые педагогические советы.

**СПОСОБ РЕШЕНИЯ.** Всё очень просто. Достаточно расположить наши **ширмочки-гармошки** на подоконнике или на шкафчиках в раздевалке, чтобы «скушающие» в ожидании родители «случайно набрали» на них. Тексты и иллюстрации способны не по-детски увлечь и принести реальную пользу, несмотря на агитационно-банальные темы: ОБЖ, ПДД, Патриотическое воспитание, Здоровье, Режим дня и даже праздники.



Закажите на [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)  
и посмотрите, какие еще темы востребованы  
и популярны в разделе **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**



Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3.

Тел.: (495) 656-72-05, 656-70-33

E-mail: [sfera@tc-sfera.ru](mailto:sfera@tc-sfera.ru). Сайты: [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru), [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru)

Интернет-магазин: [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)



# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 7/2017

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

## Содержание

**КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

*Дружиловская О.В.* Нервно-психическое здоровье  
детского населения..... 5

**ГОСТЬ НОМЕРА**

*Доценко Н.Б.* Остеопатия: профилактика и лечение  
функциональных расстройств ..... 6

## Гигиена

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

*Бирюкова Н.Ю., Кузьмина Н.А., Тычинская А.Ю.*  
Гигиена умственной деятельности школьников ..... 12

**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ**

*Вакина Н.В., Денисова В.А., Мостяева С.О.*  
Гигиена двигательной активности детей ..... 21

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

*Тарасенко В.С., Кремьянская А.А.* Здоровьесбережение  
функций зрения у детей в период адаптации к школе ..... 31

## Педиатрия

**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Славгородская О.Н.* Гипертензионно-гидроцефальный синдром ..... 44

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Шапошникова М.А.* Направления работы с семьями  
по профилактике формирования зависимого поведения  
у старших дошкольников ..... 56

**КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА**

Консультация невролога. Письмо в редакцию ..... 63

## ЛЕКОТЕКА

<i>Барышева С.Б.</i> Винни-Пух и все-все-все типы привязанности .....	67
<i>Суздальцева Л.В.</i> Развитие лексической стороны речи детей раннего возраста с использованием фольклорных жанров.....	71
<i>Шаркова В.А.</i> Формирование математических представлений у детей третьего года жизни .....	79

## Педагогика

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

<i>Колягина В.Г.</i> Изучение психического развития детей с ОНР .....	86
<i>Шарова Н.В.</i> Дети с билингвизмом.....	97

### КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

<i>Плакшина Л.И.</i> Роль коррекционно-развивающего обучения в преодолении недостаточности зрительной ориентации у дошкольников с нарушением зрения .....	99
---	----

## Актуально!

### ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ

<i>Дружиловская О.В.</i> Деонтологический аспект формирования профессиональной готовности педагога-дефектолога .....	106
---	-----

### РАБОТА С СЕМЬЕЙ

<i>Торлецкая О.П.</i> Влияние семейных отношений на психическое развитие детей .....	113
---	-----

<b>ЭТО ИНТЕРЕСНО</b> .....	62
----------------------------	----

<b>А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?</b> .....	85
------------------------------	----

<b>КНИЖНАЯ ПОЛКА</b> .....	123
----------------------------	-----

<b>ВЕСТИ ИЗ СЕТИ</b> .....	126
----------------------------	-----

<b>КАК ПОДПИСАТЬСЯ</b> .....	127
------------------------------	-----

<b>АНОНС</b> .....	128
--------------------	-----

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем в интернет-магазин [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)!**

Здесь представлен весь ассортимент издательства «ТЦ Сфера», предоставлена возможность купить в розницу или оптом из любой точки страны. Это разнообразные фильтры, поля для отзывов, простые инструменты формирования заказа и многое другое — полезное и нужное.

Заходите, изучайте, действуйте! Мы вас ждем!



## 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 Исаковна** — 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

ГАУЗ МО «Подольский наркологический диспансер», г. Подольск Московской обл. ....	56, 67
ГБОУ «Школа № 830», Москва .....	21
ГБОУ «Школа № 1265», Москва .....	12
ГБОУ «Школа № 1394», Москва .....	79
ГБОУ «Специальная (коррекционная) школа № 1708», Москва .....	21
ГБОУ «Школа № 2036», Москва .....	113
ГБУЗ «ДГП № 148 ДЗМ», Москва .....	66
ГКОУ «Специальная (коррекционная) образовательная школа-интернат № 52», Москва .....	31
ДП ГБОУ «Школа № 2121 им. Маршала Советского Союза С.К. Куркоткина», Москва .....	12

ЗАО «Центр реабилитации неслышащих “Отофон”», Москва .....	44
Кафедра анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва .....	106
Кафедра дошкольной дефектологии и логопедии НОУ ВО «Московский социально- педагогический институт», Москва .....	71
Кафедра олигофренопедагогики и специальной психологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва .....	86, 99
ООО «Оптический уют», Москва ...	6
ООО «Школа раннего развития “Азбука”», Москва .....	97
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва ....	12, 21, 31

Барышева Светлана Борисовна .....	67
Бирюкова Наталья Юрьевна .....	12
Вакина Наталья Владимировна .....	21
Денисова Варвара Андреевна ...	21
Джиганшина Фаина Исаевна .....	66
Доценко Наталья Борисовна .....	6
Дружиловская Ольга Викторовна .....	106
Колягина Вероника Григорьевна .....	86
Кремянская Анна Александровна .....	31
Кузьмина Наталья Анатольевна .....	12

Мостяева Светлана Олеговна ....	21
Плакшина Любовь Ивановна .....	99
Славгородская Оксана Николаевна .....	44
Суздальцева Лариса Владимировна .....	71
Тарасенко Валерия Сергеевна .....	31
Торлецкая Ольга Петровна .....	113
Тычинская Анастасия Юрьевна .....	12
Шапошникова Марина Александровна .....	56
Шаркова Вера Алексеевна .....	79
Шарова Наталья Владимировна .....	97

## **Нервно-психическое здоровье детского населения**

Особую тревогу сегодня вызывает состояние нервно-психического здоровья детей. Данные статистического обследования показывают тенденцию к росту неврологических нарушений и психических расстройств среди детско-подросткового населения.

Большое место в структуре психоневрологических расстройств занимают минимальная мозговая дисфункция, энурез, тики, нарушение когнитивного развития. Данные состояния представляют собой серьезную медико-социальную проблему. С одной стороны, эта группа расстройств разнородна по многим параметрам, но с другой — данные нарушения имеют общие черты: начинаются в детском возрасте, широко распространены в популяции детей.

Как правило, решение основных проблем диагностики и реабилитации данной категории детей ложится на плечи педиатров. Их осведомленность в области неврологических расстройств еще до посещения невролога и психиатра обеспечит своевременные прогноз и лечение. Начинаясь в детском возрасте, психоневрологические состояния могут наблюдаться длительно и сохраняться у взрослых.

В этом номере журнала рассматриваются вопросы гигиены растущего организма ребенка и создание условий для реабилитации и компенсации психоневрологических состояний в дошкольном возрасте. Ознакомление психологов и педагогов ДОО с программами профилактики расстройств нервной системы даст возможность их использования в психолого-педагогической деятельности.

На страницах журнала представлен опыт специалистов ДОО и других учреждений и организаций по предупреждению патологических состояний у детей.

Ждем ваших писем в редакцию, а также предложений и интересных материалов!

*Главный редактор журнала О.В. Дружиловская*

## Остеопатия: профилактика и лечение функциональных расстройств

**Доценко Наталья Борисовна,**  
*osteопат ООО «Оптический уют», Москва*

***Наталья Борисовна, расскажите о том, как Вы пришли в остеопатию.***

Мой путь в остеопатию начался случайно. Я по образованию педиатр. Работала участковым в районной детской поликлинике. Со временем появилось ощущение неудовлетворенности от работы. Хотелось перемен, но каких, я не знала. Мне посчастливилось быть пациентом прекрасных остеопатов Наталии Борисовны Верясовой и Кирилла Вячеславовича Мазальского. Я совершенно не понимала, что происходит во время остеопатического сеанса, но не могла не заметить изменений. И все это случалось без лекарств, без инвазивных воздействий, мягко и корректно. Наталия Борисовна и Кирилл Вячеславович охотно отвечали на мои вопросы, но осознавать волшебство остеопатии мне было тогда сложно. Мазальский преподавал в Институте остеопатии, предложил мне пой-

ти учиться и очень поддержал меня морально, поскольку я испытывала трудности в принятии решения обучаться новой профессии. Верясова и Мазальский зародили во мне интерес к остеопатии, который продолжается до сих пор.

***В чем суть остеопатии?***

Не нужно пытаться дословно перевести на русский язык слово «osteопатия». Такое название новому направлению в медицине дал его основатель Эндрю Тейлор Стилл, сформулировавший принципы остеопатии, актуальные по сей день. Главные из них: тело — целостное единство, состоит из тела, духа и души; тело обладает потенциалом самолечения, механизмами саморегуляции и системами поддержания состояния здоровья.

В каждом человеке заложен огромный потенциал самоисцеления. Организм ищет любые способы сохранить здоровье, восстановить функции, исполь-



зую все адаптационные возможности или компенсируя утраченные и поврежденные механизмы.

Суть остеопатии заключается в целостном подходе к пациенту, в поиске и устранении причины проблемы. Остеопат не лечит болезнь, а создает условия для самовосстановления, обретения здоровья. Остеопатия базируется на знании фундаментальных наук: анатомии, физиологии, гистологии, биомеханики. Остеопаты — врачи, получившие высшее медицинское образование и врачебную специальность. Единственный инструмент диагностики и лечения в остеопатии — руки врача.

***Расскажите об истории возникновения остеопатии.***

Временем рождения остеопатии принято считать 1874 г., когда ее основатель доктор Э.Т. Стилл открыл свой кабинет, а затем основал первую в мире остеопатическую школу и разработал курс обучения остеопатии. Его ученики стали практикующими врачами и учителями. В начале XX в. ученик Стилла Мартин Литтлджон основал первую европейскую остеопатическую школу в Лондоне. В середине XX в. остеопатия пришла во Францию и стала все более и более востребованной в мире. Сейчас остеопатии обучают в

разных странах на всех континентах.

История остеопатии в России началась с приезда в 1988 г. в СССР выдающегося американского остеопата Виолы Фрайман. В 1997 г. состоялся выпуск первых девяти российских остеопатов. Все они успешно практикуют и передают свои знания ученикам.

В 2000 г. в Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования начала действовать первая в России государственная школа остеопатии. В 2003 г. Минздрав России официально утвердил остеопатию как метод лечения.

В 2012 г. в России были приняты нормативные документы, позволившие считать остеопатию равноправной медицинской специальностью, утверждены должность «врач-osteopat», специальность высшего образования «osteopatия».

Существуют Институт остеопатии Санкт-Петербургского государственного университета и кафедра остеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, где мне посчастливилось учиться остеопатии. Сейчас институт имеет филиалы в разных регионах России. Есть и другие организации, готовящие остеопатов.

Развитие остеопатии в нашей стране проходит в рамках системы высшего профессионального медицинского образования с глубоким изучением анатомии, физиологии, гистологии, биомеханики. Это очень серьезное образование, учиться интересно и трудно.

### ***Что лечит остеопат у детей?***

Остеопат лечит не болезнь, а ребенка в целом, он обладает огромным ресурсом восстановления здоровья, помогает ему раскрыть и использовать этот потенциал.

Когда ребенку нужен остеопат? Если грудной ребенок часто плачет без видимой причины, путает день с ночью, засыпает с трудом, судорожно вздрагивает. Если малыш спит на одном боку, поворачивает голову в одну сторону или сильно запрокидывает ее назад. Если его мышцы слишком напряжены, имеются асимметрии тела, конечностей, лица или головы. Если ребенок плохо берет грудь, с трудом сосет или быстро устает, много срыгивает, часто икает. Если он недостаточно бодр и подвижен или беспокоен и сверхвозбудим. Если мама слишком беспокойна и тревожна.

Если ребенок постоянно сосет палец, пустышку, у него неправильный прикус, он капризен без

видимой причины, раздражителен, нервозен, гиперактивен, все бросает и швыряет, наблюдаются истерики. Если малыш плохо ест, его беспокоят боли в животе, у него неприятный запах изо рта. Если у ребенка энурез, нарушение моторики и координации, задержка или любые нарушения развития речи, умственного развития, если его укачивает в транспорте.

К остеопату можно обратиться и в том случае, если у школьника есть трудности в обучении и поведении, а также проблемы со здоровьем. Травматические повреждения в любом возрасте — падения, ушибы — показания для посещения остеопата.

Кратность посещений и интервалы между ними определяет врач во время остеопатического сеанса. Кстати, остеопатические сеансы могут быть похожи, а могут быть совершенно разными.

### ***Как применяется остеопатия у детей раннего возраста?***

Чем раньше начать применять остеопатию, тем лучше. Более 80% детей рождаются с травмами или микротравмами черепа и позвоночника. Их последствия проявляются как сразу, так и отдаленно. Во время родов шейный отдел позвоночника и череп испытывают серьезную нагрузку. Иногда она превышает

физиологические возможности ребенка. Например, может случиться сдавление позвоночных артерий, питающих головной мозг, нервных корешков, а порой и сдавление ткани мозга, что вызывает угрозу физическому и психическому развитию ребенка.

Посещение остеопата очень важно для недоношенных детей, которые родились физиологически «незрелыми», следовательно, более уязвимыми. Своевременное остеопатическое лечение мягко способствует дозреванию всех тканей, снимает напряжение мозговых оболочек, увеличивает работоспособность головного мозга, уменьшает внутричерепное давление, нормализует функции всех органов и систем, помогает организму вернуться в свою физиологию.

Кесарево сечение призвано уменьшить риск возникновения патологии при осложненной беременности и родах, но в процессе операции велик риск механических и функциональных повреждений. Первое время они могут быть незаметными. Поэтому детям, родившимся путем кесарева сечения, необходим осмотр остеопата, даже если операция прошла благополучно, и малыш и мама хорошо себя чувствуют.

Здоровье родившегося маленького человека легче восста-

новить в первые дни, часы и недели после рождения до периода интенсивного развития. По мере роста ребенка его кости, хрящи, мягкие ткани и внутренние органы продолжают свое формирование в дисфункции, полученной во время родов, и проблема глубже фиксируется в теле, отражаясь на его дальнейшем развитии. Чем он старше, тем сложнее помочь ему избавиться от последствий дисфункции и восстановить здоровье.

### ***Каковы особенности применения остеопатии во время беременности?***

Остеопатия может улучшить здоровье и самочувствие женщины и ребенка, снизить риск возникновения осложнений беременности и обеспечить благополучие в родах.

Без медикаментов, мягко и безопасно остеопат восстанавливает правильное движение диафрагмы, устраняет различные нарушения в работе опорно-двигательного аппарата, сосудистые нарушения в брюшной и тазовой областях, нормализует циркуляцию жидкостей венозной и лимфатической системы, снимает избыточное напряжение в тканях, костях и твердой мозговой оболочке, гипертонус матки. В результате нормализуется работа внутренних органов, восстанавливается баланс функцио-

нирования органов эндокринной сферы, женщина избавляется от токсикоза, в целом хорошо себя чувствуют и будущая мама и малыш.

Посещать остеопата беременной женщине следует раз в триместр, если нет показаний делать это чаще.

### ***Расскажите о видах остеопатии.***

Условно выделяют несколько разделов остеопатии. Выбор метода работы зависит от дисфункции, ее качества, расположения, давности, состояния и возраста пациента, адаптаций, компенсаций. При остеопатическом лечении и профилактике заболеваний охватывают все органы и системы, следуя принципу целостности и используя разные подходы: структуральный, краниосакральный, висцеральный, фасциальный, лигаментозного баланса, жидкостный, биодинамический. Каждый подход, метод имеет свои нюансы.

Структуральный остеопатический подход эффективен при лечении остеохондроза, сколиоза, артроза, артрита и нарушений осанки. Благодаря мягкости воздействия структуральные остеопатические техники могут безопасно применяться при радикулите, цервикалгии, дорсалгии, грыже межпозвонковых дисков и межреберной неврал-

гии, воспалении седалищного нерва.

Краниосакральная остеопатия работает с костями черепа, крестцом, твердой мозговой оболочкой, полостями, образованными этими структурами. Используется для лечения головокружения, нарушения зрения и функции височно-челюстного сустава, воспаления пазух носа и головной боли, для восстановления и терапии после черепно-мозговых и родовых травм, при ДЦП.

Висцеральная остеопатия применяется для лечения заболеваний сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, опущения внутренних органов. При использовании висцерального остеопатического подхода можно оценить подвижность и функционирование внутренних органов, диагностировать нарушения, даже пока неявные, улучшить лимфо- и кровообращение, нормализовать обмен веществ и жидкостей в тканях, что восстанавливает функции органа.

В рамках одного остеопатического сеанса могут быть использованы несколько подходов.

Остеопатический сеанс включает диагностику (опрос, осмотр, пальпация, остеопатическое тестирование), лечение, ретестирование и рекомендации пациенту.

***В чем заключается остеопатическое лечение при сколиозе?***

Сколиоз — искривление позвоночника во фронтальной плоскости с ротацией позвонков, возникающее вследствие разных причин (идиопатический, краниального или висцерального происхождения, вследствие грубой ортопедической патологии, травм или аномалий и др.). Прогноз лечения зависит от возможности повлиять на причины заболевания. Если сколиоз имеет идиопатическое происхождение, есть серьезные органические причины его возникновения, 3-й и 4-й степени, или пациент обратился за помощью поздно, когда рост и развитие закончены, можно только остановить прогрессию болезни и помочь организму адаптироваться к неправильному положению позвонков. В этом случае сколиоз не будет вызывать жалоб у пациента.

Если начать остеопатическое лечение сколиоза вовремя, можно существенно повлиять на формирование позвоночника. Оно предполагает освобождение швов и оболочек черепа, гармонизацию диафрагм, восстановление правильных взаимоотношений костей таза, выравнивание напряжения мягких тканей тела и конечностей, коррекцию нарушений функции внутренних органов.

Результат лечения во многом зависит от причин развития сколиоза, желания пациента помочь врачам, взаимодействия с другими специалистами аллопатических и традиционных направлений. Очень важно сочетать остеопатические сеансы с лечебной гимнастикой под наблюдением врача ЛФК.

***Как связаны мануальная терапия и остеопатия?***

У мануальной терапии и остеопатии есть схожие приемы, но различна суть подхода к проблемам пациента. Мануальный терапевт делает акцент на снятии болевого синдрома в позвоночнике и суставах. Однако бессмысленно «вправлять» позвонок, если его неправильное расположение обусловлено проблемой внутреннего органа, прикрепленного к нему связками. Положение позвонка вновь нарушится, если не вылечить этот орган. Для остеопата важно не временное улучшение самочувствия больного, а поиск причины заболевания и восстановление здоровья. Методы воздействия в остеопатии мягкие. Это работа не только с опорно-двигательным аппаратом, но и с костями и оболочками черепа, внутренними органами, сосудами, центральной и периферической нервной системой, жидкостями.

*Беседовала О.В. Дружиловская*



## Гигиена умственной деятельности школьников

**Бирюкова Н.Ю.,**  
*магистрант ФГБОУ ВО «Московский  
педагогический государственный университет»;*

**Кузьмина Н.А.,**  
*учитель-логопед, учитель-дефектолог ДП ГБОУ  
«Школа № 2121 им. Маршала Советского Союза  
С.К. Куркоткина»;*

**Тычинская А.Ю.,**  
*учитель-дефектолог ГБОУ «Школа № 1265»,  
Москва*

---

*Аннотация.* В статье описаны физиологические особенности работоспособности школьников, предложены методики их анализа, а также рекомендации по гигиене умственной деятельности.

*Ключевые слова.* Умственная деятельность, школьники, гигиена, учебные навыки.

---

Гигиена умственной деятельности — система мер, предназначенных для оптимизации нагрузки в процессе умственного труда человека с целью предотвращения негативных последствий перегрузок различного генеза.

Умственный труд — работа мозга, связанная с приемом и переработкой поступающей информации, принятием и выполнением решений, а также обеспечением витальных потребностей организма. Высшие проявления умственного труда — деятельность по преобразованию сформированной в сознании концептуальной модели действительности путем создания новых понятий, суждений, умозаключений, а на их основе — гипотез и теорий. Это требует активного использования таких высших психических функций, как внимание, память, мышление, воображение и творчество.



Понятие гигиены умственной деятельности взаимосвязано с такими явлениями, как утомление, усталость, переутомление. Усталость — субъективное отношение человека к выполняемой работе. Переутомление — длительное и стойкое нарушение работоспособности, связанное с нарушениями функционирования ЦНС, что может привести к развитию психосоматических заболеваний.

С нейрофизиологической точки зрения усталость и переутомление связаны с исчерпанием лимита энергетических возможностей головного мозга. Мыслительный процесс и его физиологическое обеспечение — самые энергоемкие в человеческом организме, «сседающие» до 20% энергии. При ее недостатке нарушается нейродинамика, уменьшается скорость прохождения импульсов, наступает рассинхронизация функциональной системы условных рефлексов и, как следствие, всей умственной деятельности.

Также важным фактором, влияющим на утомляемость при интенсивной умственной деятельности, служит *инерция* — свойство мозга продолжать мыслительную деятельность в заданном направлении по окончании умственной работы, что

усугубляет утомление и истощение ЦНС. Это и отличает умственную работу от физической. Особенно ярко инерция проявляется в периоды смены видов деятельности, когда организм человека еще не привык к новой нагрузке, не сформированы базовые навыки и условные рефлексы, свойственные новому виду деятельности. Поэтому даже самые элементарные задачи требуют повышенного осознанного внимания и контроля.

Один из самых критичных периодов жизни с этой точки зрения — младший школьный возраст, когда ломаются привычные стереотипы и меняются виды деятельности на всех уровнях жизни ребенка.

Обучение в школе для бывшего дошкольника — абсолютно новый вид деятельности, что автоматически делает его чрезвычайно энергозатратным. По интенсивности работы головного мозга принято выделять три вида умственной деятельности.

К первому относится легкая *умственная работа* (чтение художественной литературы, разговор с интересным собеседником). Она может продолжаться длительное время без появления утомления, поскольку при ее выполнении психофизиологические механизмы функционируют

с невысокой степенью напряжения. Второй вид умственной деятельности можно символически обозначить как *оперативное мышление* (у школьников — это повторение пройденного материала, решение математических задач по известному алгоритму, перевод иностранного текста на родной язык). Оно предполагает большую напряженную работу психофизиологических механизмов мозга. К третьему виду относится работа, отличающаяся наиболее высокой интенсивностью, — *усвоение новой информации, создание новых представлений на базе старых*. Характерно наиболее активное функционирование физиологических механизмов, осуществляющих процессы мышления

и запоминания [5]. Именно третий вид умственной активности преобладает на начальном этапе школьного обучения.

Е.А. Афанасьев, В.Н. Васильев и др. [3], изучая физическую адаптацию младших школьников к учебному процессу, выявили, что по степени напряжения механизмов вегетативной регуляции, уровню физического здоровья и оценке успеваемости лишь к 3-му классу (9 годам) адаптацию к новым условиям можно считать удовлетворительной. М.В. Григорьева [6] говорит о том, что с увеличением возраста интеллектуальной деятельности школьников свойственно все более и более обособляться от самочувствия и различных социальных

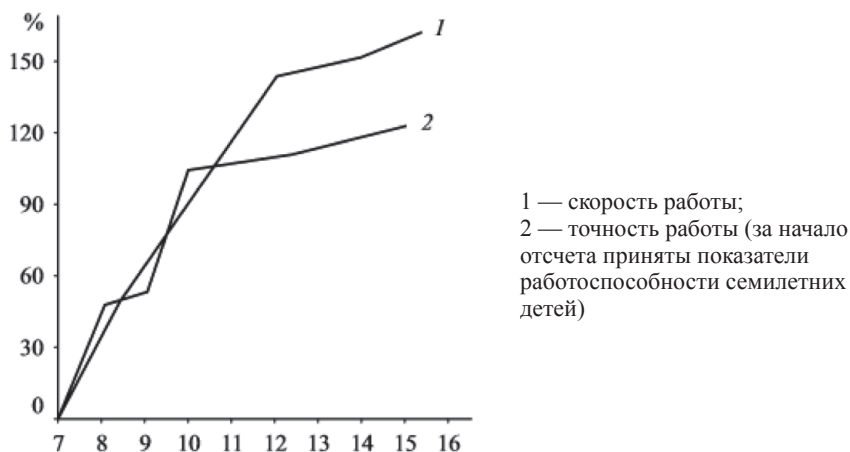


Рис 1. Развитие умственной работоспособности с возрастом

условий; вероятно, с этим также связаны успешность адаптации и умственная деятельность ученика в целом.

Развитие умственной работоспособности с возрастом представлено на рис. 1.

В целом работоспособность человека, в том числе школьника, характеризуется фазным развитием. Основные фазы:

- вработывания нарастающей работоспособности. Физиологические функции перестраиваются от предшествующего вида деятельности человека к производственной;
- устойчивой высокой работоспособности. Для нее характерно установление относительной стабильности или некоторое снижение напряженности физиологических функций;

— развития утомления и связанного с этим падения работоспособности, ухудшение функционального состояния организма и технико-экономических показателей его трудовой деятельности.

На продолжительность каждой из фаз влияет множество факторов, связанных с интенсивностью умственной нагрузки и циклическими колебаниями активности (циркадные ритмы, еженедельные и сезонные показатели и т.д.).

Например, суточный ритм жизни служит результатом привыкания к цикличности таких природных процессов, как бодрствование и сон. Установлено, что наиболее высокая активность школьников — с 11 до 13 ч, следующий пик приходится на время с 17 до 19 ч (рис. 2).

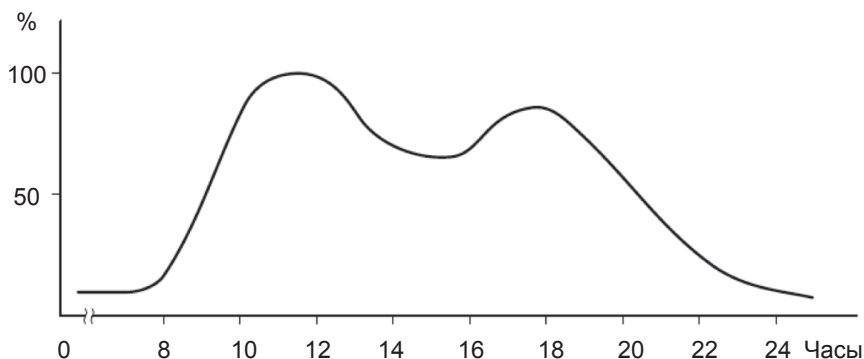


Рис. 2. Суточная динамика работоспособности детей

Используют несколько *методов исследования работоспособности*, в их числе:

- метод контроля скорости заполнения слов, пропущенных в заданном тексте (Г. Эббингауз);
- измерения латентного периода процесса ощущения, т.е. времени между раздражением рецептора и волевым импульсом организма;
- наблюдения;
- методика «Таблицы Шульте».

Как отмечал отечественный физиолог Н.Е. Введенский, люди устают не потому, что работают много, а потому, что работают неправильно [4].

В среднем дети 7 лет способны плодотворно работать в течение 45 мин, второклассники — 1 ч, ученики 3—4-х классов — 1,5 ч. Оптимальное время работы пяти- и шестиклассников — 2 ч, семиклассников — 2,5 ч. Однако даже в старших классах после 3 ч активной умственной работы наблюдается резкое снижение умственной деятельности с сопутствующими реакциями. Оптимальное время урока, начиная со 2-го класса, — 45 мин с динамическими паузами через каждые 15 мин.

У учащихся 5—7 классов утомление развивается медленнее, чем у более младших детей,

однако к пятому уроку у них также ухудшается умственная работоспособность, скорость зрительно-моторных реакций и координация движений заметно снижаются по сравнению с состоянием на первом уроке. Более всего изменяются показатели работоспособности при занятиях старшеклассников во вторую смену: недостаточный перерыв между ними обуславливает снижение работоспособности уже на первых уроках. Соответственно при составлении расписания занятий рекомендуется не назначать уроки, требующие высокой интенсивности умственной деятельности, на вторую половину учебного дня.

Как показывают исследования, к выполнению домашней, самостоятельной работы дети приступают с уже сниженной работоспособностью. Чем позже они начинают выполнять домашнее задание, тем хуже работоспособность и более неблагоприятен фон. Поэтому учащимся первой смены следует приступать к выполнению домашнего задания в 15—16 ч, а учащимся второй смены — в 8.30—9 ч следующего дня, детям до 6 лет домашнее задание давать нельзя [4].

Также выявлено изменение продуктивности труда у детей в течение рабочей недели (рис. 3).



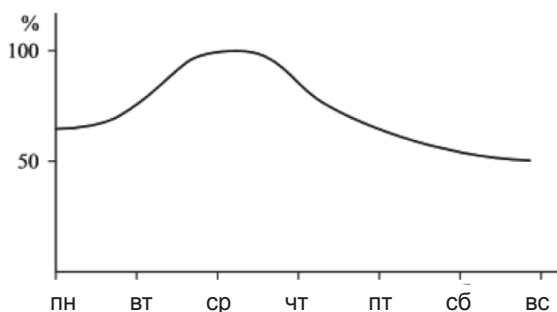


Рис. 3. Недельная динамика работоспособности детей

Известно, что наиболее низкая продуктивность умственной деятельности наблюдается в понедельник (вспомним известные выражения «понедельник — день тяжелый», «ничего важного в понедельник не решается» и т.п.), а наиболее высокая — во вторник и в среду, иногда с дополнительным пиком активности в четверг. Важно упомянуть, что снижение умственной работоспособности и развитие утомления в первую очередь характеризуется потребностью в изменении положения тела. Так, у младших школьников к концу недели количество движений возрастает на 32%, что свидетельствует о снижении работоспособности [6].

Особо стоит обратить внимание на специфические требования обеспечения гигиены умственной деятельности школь-

ника в процессе образовательной активности.

Морфофункциональными особенностями детей 6—7 лет обусловливается длительность становления навыка письма. Письменные работы до 3-го класса не должны превышать 7 мин (с 3-го — 20 мин), непрерывное письмо — 3 мин. Так, например, длительность написания элемента буквы в 1-м классе составляет 5,2 с (6 лет), 1,98 с (7 лет). В 3-м классе время написания уменьшается в 2,5—4,4 раза. Стоит отметить, что отклонение от нормы правописания у учащихся 1-го класса составляет 32—49,8%, 2-го — 23—32,9, 3-го класса — 17—19%.

Большую роль в становлении и автоматизации навыка письма играет правильность посадки, динамические паузы с выполнением дыхательных

упражнений и гимнастики для пальцев [1].

При чтении особое внимание также уделяется грамотной статической позе:

- отклонение грудной части корпуса от вертикали около  $10^\circ$ ;
- подбор наиболее физиологичной удаленности глаз от книг: 24—25 см для учащихся начальной школы, 30—35 см для подростков.

Целесообразная длительность чтения в 1-м классе — 7—10 мин, во 2-м — 15, в 3-м классе — 20—25 мин. Особое внимание уделяется полиграфическому оформлению учебников, а при использовании технических средств — обеспечению оптимальной зоны просмотра, подбору правильного освещения и т.д. Ограничения по времени

при использовании технических средств просмотра отражены в таблице.

Как следует из вышесказанного, для сохранения работоспособности и избегания переутомления требуется:

- учитывать личные особенности детей, связанные с суточным и недельным ритмами, а также физиологические особенности, обусловленные возрастом;
- чередовать умственную деятельность с двигательной активностью, формировать грамотную рабочую позу;
- ограничивать по времени работу, связанную с определенным типом деятельности.

Мы разработали рекомендации для родителей и педагогов учебных заведений по организации и оптимизации умственной

*Таблица*

**Максимальная длительность использования на уроках некоторых технических средств обучения (мин)**

Классы	Компьютерные технологии, диафильмы, диапозитивы	Кинофильмы	Телепередачи
I—II	7—15	15—20	15
III—IV	15—20	15—20	20
V—VIII	20—25	20—25	20—25
IX—XI	25—30	25—30	25—30

деятельности школьников, как в процессе непосредственно образовательной деятельности, так и во внеурочное время. Данные рекомендации основаны на требованиях СанПиНов и исследованиях современных нейрофизиологов с учетом возможностей учителей и родителей по грамотной организации педагогического процесса.

### **Рекомендации по организации и оптимизации умственной деятельности школьников**

#### **Рекомендации педагогам**

- Осуществлять индивидуальный подход. Примерно половина (50%) детей в младшем возрасте имеет средний уровень работоспособности, около 30 — высокий, 20% — низкий. По динамике изменений в течение дня выделяют 9 типов индивидуальной работоспособности, которая зависит:

- от типа высшей нервной деятельности ребенка;
- состояния его здоровья;
- психоэмоционального статуса.

- Обеспечивать оптимальные физические условия обучения: соблюдать температурный режим и режим освещения, оборудовать

класс всем необходимым, включая информационно-коммуникационные технологии, подбирать учебные пособия согласно возрастным нормам.

- Соблюдать режим дня: обеспечивать смену видов деятельности на уроке, физическую активность на перемене, грамотно распределять учебную нагрузку между уроками, подбирать домашние задания с учетом временных и умственных затрат сообразно возрасту.

- Обеспечивать психоэмоциональный комфорт обучающихся на протяжении всего времени их пребывания в учебном заведении, а также их мотивацию на протяжении всего образовательного процесса.

#### **Рекомендации родителям**

- Соблюдать рациональный режим дня школьника, режим сна и бодрствования: от 10 ч сна для младших школьников, до 7 — для старшекласников.

- Регламентировать время выполнения домашней работы.

- Соблюдать режим использования гаджетов как в учебных целях, так и для отдыха и развлечений.

- Обеспечивать физическую активность ребенка.

- Формировать положительную мотивацию у ребенка по отноше-

нию к процессу обучения, создавать благоприятную эмоциональную атмосферу.

- Обеспечивать физические условия для обучения и жизнедеятельности ребенка, включая рациональный подход к питанию и активности на свежем воздухе.

## Организация режима дня школьника

- Активный отдых на свежем воздухе — не менее 3 ч.

- Выполнение домашних заданий — не более 30 мин для младших школьников и до 3 ч для старшекласников (в промежутке с 15.00 до 18.00).

Самые трудные для младшего школьника задания — чтение, написание элементов цифр и букв, решение задач. Длительность непрерывного чтения в 6 лет не должна превышать 8 мин; в 7—8 лет — 10 мин. Оптимальная продолжительность непрерывного письма — 2 мин 40 с.

Использование гаджетов и ИКТ — 20 мин в 1-м классе, 40 мин — во 2—4-м классах, не более 2 ч подряд в старших классах.

## Литература

1. Айзман Р.И. Возрастная анатомия, физиология и гигиена: Учеб. пособие. М., 2017.
2. Айзман Р.И., Ширинова В.М. Избранные лекции по возрастной физиологии и школьной гигиене. Новосибирск, 2004.
3. Артемьева Н.Ю. Проблемы инклюзии и интеграции в системе общего и специального образования // Специальное образование. 2014. № 10. Т. 2.
4. Афанасьев Е.А. и др. Особенности физиологической адаптации к учебному процессу у детей младшего школьного возраста // Бюллетень сибирской медицины. 2005. № 1. Т. 4.
5. Вайнер Э.Н. Валеология: Учеб. для вузов. М., 2011.
6. Григорьева М.В. Динамика системы взаимодействий школьника и образовательной среды на разных этапах обучения // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2009. № 4. Т. 9.
7. Толпова Р.С. Гигиена учебного процесса как фактор повышения умственной работоспособности школьников // Молодой ученый. 2015. № 22.
8. Хаустова В.Н., Овчарова М.В., Панкова О.М. Корреляция уровня умственной работоспособности и режима дня школьника [Текст] // Актуальные вопросы современной педагогики: Матлы VIII Междунар. науч. конф. (г. Самара, март 2016 г.). Самара, 2016.

## Гигиена двигательной активности детей

**Вакина Н.В.,**

*учитель-логопед ГБОУ «Специальная (коррекционная) школа № 1708»;*

**Денисова В.А.,**

*студентка ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»;*

**Мостяева С.О.,**

*тьютор ГБОУ «Школа № 830», Москва*

---

*Аннотация.* В статье описаны физиологические особенности двигательной активности дошкольников, предложены методы определения ее уровня.

*Ключевые слова.* Двигательная активность, дошкольники, гигиена, уровни двигательной активности, гиподинамия.

---

Гигиена двигательной активности — комплекс мероприятий, направленных на организацию двигательной активности дошкольников и создание модели двигательного режима.

В дошкольном возрасте закладываются основы правильного физического развития, крепкого здоровья, высокой работоспособности. В этот период происходят начальное воспитание физических качеств и становление двигательной деятельности. С помощью движения удовлетворяются биологические потребности организма, познаются

окружающий мир и взаимодействие с ним.

Двигательная активность — важнейшее условие нормального развития ребенка, а также одна из форм жизнедеятельности организма. Это один из показателей физического, умственного, речевого развития, формирования общей и мелкой моторики, высших психических функций.

**Неонатальный период (0—1 мес.).** Двигательная активность — необходимое условие нормального роста и развития; проявляется как реакция на биологические раздражители (холод



и голод). Температура тела сохраняется с помощью повышения мышечного тонуса и увеличения количества движений. При этом тренируются функциональные системы ребенка: увеличивается частота сердечных сокращений и дыхания, активизируется кровообращение, возбуждаются центры симпатической нервной системы. Рекомендуется 3—4 раза в день обливать ребенка холодной водой из-под крана, что дает хороший результат у физиологически зрелых и незрелых детей.

В этот период ребенок практически постоянно совершает различные движения, полная неподвижность наблюдается лишь во время сна в течение непродолжительного времени. Движения новорожденного хаотичны, мало координированны. Ребенок двигает руками и ногами, глазами, открывает рот, совершает мимические движения.

Движение для ребенка — основное средство поддержания температуры тела. Е.Н. Вайнер говорит о неблагоприятном влиянии пеленания детей на некоторые стороны их роста и развития: нарушаются кровообращение, терморегуляция. Условия температурного комфорта создаются родителями, что мешает формированию механизмов терморегуляции.

**Младенческий период (1—12 мес.).** Движение имеет важное

значение в развитии функций организма ребенка. Двигательная активность младенца определяет процессы его роста и развития. К 3 мес. движения становятся менее хаотичными. Ребенок поворачивает и поднимает голову, может лежать на животе, поднимать плечевой пояс и активно шевелит руками и ногами. После 3 мес. дети совершают различные манипуляции руками, переворачиваются. После 6 мес. пытаются сидеть. Двигательные возможности ребенка в младенческом возрасте становятся все более разнообразными, дифференцированными и произвольными.

Осуществляемые при активном участии ЦНС движения помогают ребенку взаимодействовать с внешней средой, стимулируют развитие мозга и увеличение его массы, информационной емкости. Развитие двигательной активности способствует умственному развитию ребенка, поэтому необходимо создавать оптимальные условия для движений.

Средствами физического воспитания грудного ребенка служат его собственные движения (врожденные рефлексы и особенности мышечного тонуса), реализующие генетически обусловленную двигательную активность.

**Ранний возраст (1—3 года).** Самостоятельная двигательная

активность ребенка возрастает. Ближе к 3 годам устанавливается соотношение тонусов центров симпатической и парасимпатической нервной системы, которое определяется возможностью в полной мере реализовать потребность в движении и состоянием его психики.

Если ребенка не ограничивали в движении, и его развитие происходило в благоприятной психологической обстановке, он становится ваготоником: у него отмечается преобладание парасимпатического отдела, более экономичное течение обменных процессов в покое и при нагрузках. В будущем он сможет спокойно реагировать на различные ситуации, в течение длительного времени выполнять напряженную монотонную работу, показывать высокие результаты в видах спорта, требующих выносливости и настойчивости.

Если двигательная активность ребенка ограничивалась, он становится симпатотоником. У таких детей уровень обмена веществ более высокий, они более эмоциональные, быстрее реагируют на обстановку, показывают более высокие результаты в спортивных играх и единоборствах, в скоростно-силовых видах спорта.

В результате адекватных мышечных нагрузок у ребенка нарастает энергетический потен-

циал организма, и регуляция его физиологических функций становится более совершенной.

Основное средство физического воспитания ребенка раннего возраста — самопроизвольная двигательная активность. Зачастую движения детей довольно однообразны, не все мышечные группы вовлекаются в работу. Если ребенок неправильно выполняет двигательные акты, они закрепляются в виде стереотипа, который может стать причиной деформаций опорно-двигательного аппарата, развития функциональной асимметрии мышц, нарушений деятельности вегетативных систем. Поэтому необходимо контролировать двигательную активность ребенка, подбирать упражнения, которые возмещали бы нагрузку на мышечные группы, мало участвующие в работе.

Игра также служит основным средством физического воспитания детей раннего возраста.

**Дошкольный возраст (3—7 лет).** Двигательная активность продолжает играть важную роль в развитии ребенка. К этому возрасту заканчивается формирование головного мозга, а поскольку двигательная активность во многом определяет этот процесс, занятия физической культурой имеют в этот период большую значимость. У ребенка закладываются многие поведенческие

установки, которые сохраняются затем на протяжении всей жизни. Поэтому формирование у детей стремления к организованному целенаправленному движению, физической культуре — одна из приоритетных задач воспитания.

Родители и педагоги должны обратить особое внимание на формирование и поддержание у детей правильной осанки. Навыки правильной позы, воспитанные в дошкольном возрасте, оказываются достаточно стабильными и остаются затем на всю жизнь.

Дошкольники отличаются высокой двигательной активностью, а их физическая работоспособность оказывается достаточно внушительной. Основные средства физического воспитания дошкольников — утренняя гигиеническая гимнастика, подвижные игры, плавание, прогулки и закаливание. С помощью этих средств можно подготовить растущий организм ребенка к дальнейшей жизни, особенно к периоду обучения в школе.

М.А. Рунова выделяет несколько уровней двигательной активности.

*Высокий уровень двигательной активности* свойствен детям с высокой подвижностью. У некоторых дошкольников отмечаются повышенные психомоторная активность и возбудимость,

а также двигательная расторможенность, импульсивность, несдержанность.

*Средний уровень двигательной активности* характеризуется средними показателями уровня физической подготовки. Дети самостоятельно выполняют двигательные задания, уравновешены, спокойны и организованы.

*Низкий уровень двигательной активности* характеризуется малоподвижностью. Дети соматически ослаблены, имеют низкий уровень физической подготовленности и отстают от возрастной нормы практически по всем показателям. Отмечаются повышенная истощаемость, пассивность, обидчивость и нарушение коммуникации со сверстниками.

Дошкольники, систематически выполняющие физические упражнения, отличаются бодростью, высокой работоспособностью.

Гиподинамия — ограничение двигательной активности, снижение силы сокращения мышц. Недостаточно подвижный образ жизни, связанный с ограничением мускульной деятельности, приводит к отставанию в развитии:

— отмечается функциональное расстройство всех систем организма, нарушающее регуляцию обмена веществ и энергии (появляется лишний вес за счет отложений жира);

- происходят атрофические изменения опорно-двигательного аппарата — деформации позвоночника (нарушение осанки) и стоп (плоскостопие);
- нарушается общая и ручная моторика;
- наблюдается дискоординация движений;
- недостаточно формируются функции равновесия;
- нарушается ориентация в пространстве;
- снижаются естественная потребность в движении, жизненно важные физические качества (сила, скорость, выносливость, гибкость и др.), умственная работоспособность.

Повышенная двигательная активность также негативно сказывается на растущем организме и может привести к нарушению функции сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, двигательная активность дошкольников должна иметь границы, оптимальные для каждой возрастной группы. А.В. Коробкова, Б.О. Никитюк, О.Г. Сухарева установили, что низкая двигательная активность негативно влияет на растущий организм и может привести к отставанию в его развитии. Поэтому необходимо выбрать доступный диапазон уровня двигательной активности, который будет

оптимальным для укрепления здоровья.

### **Методы диагностики уровня двигательной активности дошкольников**

- Метод измерения двигательной активности в локомоциях и шагах при помощи механического и электронного шагомера.
- Метод измерения интенсивности двигательной активности (количества движений за 1 мин).
- Адаптированная методика определения уровня психомоторного развития Н.И. Озерецкого, предназначенная для изучения моторных движений разного типа. Она представляет собой набор двигательных тестов, направленных на исследование статической и динамической координации, соразмерности, скорости и силы движений, изучение синкинезий (сопровождающих движений) и реципрокной координации.

Метрическая шкала Озерецкого получила распространение благодаря простоте ее использования в сочетании с высоким коэффициентом точности.

Двигательные пробы делятся на пять групп тестов, в числе которых:

- 1) определение статической координации (способность стоять с закрытыми глазами в течение 15 с; то же, поочередно на

правой и левой ногой; цыпочках, носках, при различных положениях туловища);

2) выявление уровня динамической координации и соразмерности движений: передвижение прыжками на правой и левой ноге; прохождение лабиринтов попеременно правой и левой рукой; вырезание кружка из бумаги (время ограничено: 1 мин для правой руки и 1,5 мин для левой); прорисовывание линий; прыжки с места в высоту;

3) определение скорости движений: укладывание пуговиц в коробку (время — 15 с); рисование вертикальных линий; раскладывание спичек; прокалывание отверстий в листе бумаги с нанесенным на нем кружками (бланк пробы внимания по Россолому, нанесение точек на бумагу);

4) определение силы движений (сгибание, распрямление различных предметов);

5) оценка сопровождающих движений (синкинезии): поднимание бровей; наморщивание лба; движения кистями рук.

Испытания начинаются с тестов на динамическую координацию, затем следует оценка скорости движения, силы, синкинезии и статической координации. В протоколе обследования фиксируются количество выполненных тестов по всем пяти группам моторных качеств (за каждый

выполненный тест — 1 балл) и суммарная оценка. Продолжительность процедуры обследования — 45—65 мин.

По суммарному результату в соответствии с таблицами норм для испытуемых определяется тот или иной возрастной уровень моторного развития. Имеются возрастные нормы и для выполнения каждой группы тестов, что позволяет производить ориентировочную оценку профильного уровня развития отдельных компонентов двигательных навыков.

- Метод наблюдения за ребенком в самостоятельной деятельности и на утренней гимнастике, занятиях, прогулках.

Во время проведения диагностики следует учитывать возможности и двигательный тип ребенка.

Перед выполнением двигательных проб необходимо провести разминку. В каждой инструкции должны содержаться игровой прием или игровая ситуация.

Диагностику двигательной активности необходимо проводить не менее 2 раз в год при участии методиста, воспитателя группы, медицинской сестры, инструктора по физической культуре.

До начала диагностики нужно подготовить весь необходимый инвентарь.

Важным направлением физического воспитания служит фор-

мирование у детей достаточной двигательной активности.

Мы разработали рекомендации для воспитателей и родителей ДОО по организации двигательной активности дошкольников и созданию оптимальных условий.

### **Рекомендации для воспитателей**

- Соблюдение режима двигательной активности детей на занятиях, прогулках, в самостоятельной деятельности.
- Создание комплекса физических игр и упражнений для проведения: утренней гимнастики, динамических пауз, физкультминуток, прогулок, досуга, спортивных праздников.
- Создание оптимальных условий:
  - организация предметно-развивающей среды;
  - подбор мебели в соответствии с требованиями СанПиН;
  - соблюдение теплового и светового режимов;
  - проведение закаливающих мероприятий (полоскание ротовой полости, обливание рук до локтей холодной водой, проветривание помещения).

### **Рекомендации для родителей**

- Формирование семейных традиций, которые будут передаваться из поколения в поколение, с учетом индивидуальных

особенностей ребенка и возраста.

- Соблюдение двигательного режима в течение дня:
  - утренняя гимнастика;
  - подвижные и активные игры;
  - прогулки на свежем воздухе.
- Установка в квартире физкультурно-оздоровительных комплексов: «домашний стадион», «подвесная сетка» — мешок для метания мячей, простейших тренажеров (мини-велотренажер, мини-степпер — «ступеньки»).
- Организация семейного отдыха в разное время года:
  - зимой катание на лыжах, коньках, санках, лепка из снега различных фигур;
  - весной и осенью — походы в лес, посещение бассейна, курс ароматерапии, «горный воздух», ванны с морской солью;
  - летом плавание, принятие солнечных ванн, лепка фигур из песка, участие в спортивных семейных играх, например, «Папа, мама, я — спортивная семья»;
  - исключение излишне щадящего отношения родителей к физической безопасности и самостоятельности детей, которое выражается в стремлении обезопасить ребенка от любых возникающих на его пути усилий и трудностей;
  - ограничение взаимодействия ребенка с такими технология-



ми, как радио-няни, гаджеты, планшеты, ноутбуки, модели на управлении и интерактивные игрушки, доступа к телевизору. Все эти блага современного общества крайне негативно влияют на формирование и развитие ребенка.

### **Организация двигательного режима дошкольников**

- Утренняя гимнастика

Утренняя гимнастика стимулирует кровообращение и обменные процессы, укрепляет мышцы и улучшает координацию движений, стабилизирует работу вегетативной системы, процессы возбуждения и торможения нервной системы, стимулирует физическую активность. Ежедневные занятия утренней гимнастикой способствуют нормальному развитию ребенка и существенно снижают негативное влияние внешних условий на детский организм, а также дисциплинируют ребенка, с раннего возраста приучая его следить за своим здоровьем.

Выполняется дома и / или в детском саду, родители вместе с детьми выполняют комплекс движений, которые дети заучивают и в дальнейшем могут воспроизводить сами. На таких занятиях хорошо использовать музыкальное сопровождение, например аудиопособия Е. и С. Железновых.

- Утренние и вечерние прогулки на свежем воздухе

Ежедневные прогулки в разное время года способствуют укреплению иммунитета, закаливанию организма, профилактике утомления и близорукости. Пребывание на свежем воздухе положительно влияет на обмен веществ, способствует повышению выносливости организма ребенка, устойчивости к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Правильно организованная прогулка позволяет детям реализовать около 50% суточной потребности в активных движениях.

Даже живя в городе, родители могут ежедневно совершать со своими детьми прогулки на свежем воздухе: в парках, лесных зонах, по аллеям и бульварам, по набережным. По мере возрастания двигательной активности детей, помимо ходьбы, полезно использовать на прогулках любые подручные средства: самокаты, велосипеды, скейтборды, ролики, коньки, лыжи и т.д.

- Дневной сон

Сон восстанавливает деятельность нервной системы. Незрелость последней обуславливает избыточную потребность в сне и сказывается на длительности непрерывного бодрствования. Для детей раннего и дошкольного возраста физиологически полно-

ценный сон составляет основу крепкого здоровья и правильного развития.

Дошкольники должны спать не менее 12—12,5 ч в сутки. При этом дневной сон в зависимости от возраста длится до 2,5—3 ч. Перед организацией дневного сна необходимо в течение 15 мин проветрить помещение.

- Гимнастика после дневного сна

Основная цель гимнастики после дневного сна — поднятие мышечного тонуса и настроения с помощью физических упражнений и контрастных воздушных ванн. Комплекс гимнастики после дневного сна длится 10—15 мин, после чего дети переходят к водным процедурам.

Гимнастика начинается с разминочных упражнений в постели: дети выполняют самомассаж. Затем они могут делать общеразвивающие упражнения, упражнения с тренажерами, играть в подвижные игры в помещении с контрастной температурой воздуха. Заключительный этап гимнастики после дневного сна включает закаливающие процедуры, пробежки по ребристым, массажным, мокрым или солевым дорожкам, обтирание холодной водой, контрастное обливание.

Любой вариант комплекса должен включать корректирую-

щие упражнения на профилактику нарушений осанки и плоскостопия.

- Физкультурный досуг

Физкультурные праздники — неотъемлемая часть всестороннего развития и воспитания детей. Во время досуга они принимают участие в разнообразной двигательной деятельности — упражнениях, эстафетах, спортивных и подвижных играх, танцах. Эмоциональный подъем, стремление к достижению наилучшего результата в условиях соревнования позволяют детям совершенствоваться физически. Проявление самостоятельности и инициативы в коллективе сверстников способствует активному применению дошкольниками приобретенных ранее двигательных умений и навыков, развитию быстроты, силы, ловкости, выносливости, ориентировки в пространстве и других полезных качеств и способностей.

Физкультурные досуги проводятся как в помещении, так и на воздухе. Длительность досуга варьируется в зависимости от возраста детей (от 20 до 40 мин). Не следует затягивать досуги, так как физическое и эмоциональное переутомление отрицательно сказывается на здоровье детей.

- Подвижные игры

Особенность подвижных игр — комплексность воздей-

ствия на организм и все стороны личности ребенка: в игре одновременно осуществляется физическое, умственное, нравственное, эстетическое и трудовое воспитание.

Активная двигательная деятельность игрового характера и вызываемые ею положительные эмоции усиливают физиологические процессы в организме, улучшают работу всех органов и систем. Возникающие в игре неожиданные ситуации приучают детей целесообразно использовать приобретенные двигательные навыки.

Классификация подвижных игр: по содержанию сюжета; по сложности движений; по наличию соревновательных элементов и словесного сопровождения; по количеству правил и ролей; по характеру взаимоотношений между играющими.

Итак, двигательная активность — важнейший показатель моторного развития дошкольников. Для организации оптимальной двигательной активности детей необходимо создавать специальные условия, правильно организовать двигательный режим и соблюдать его. Этот режим способствует удовлетворению естественной биологической потребности детей в движении, повышению уровня здоровья детей, обеспечивает

овладение двигательными умениями и навыками.

## Литература

- Вайнер Э.Н. Валеология: Учеб. для вузов. М., 2001.
- Полтавцева Н.В., Стожарова М.Ю., Краснова Р.С. Приобщаем дошкольников к здоровому образу жизни. М., 2013.
- Рунова М.А. Двигательная активность ребенка в детском саду: Пособие для педагогов дошкольных учреждений, преподавателей и студ. педвузов и колледжей. М., 2000.
- Савенок Л.М. Развитие двигательной активности детей старшего дошкольного возраста // Концепт. 2016. Т. 46.
- Степаненкова Э.Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка: Учеб. пособие для студ. М., 2008.
- Тарасова Т.А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста: Метод. рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ. М., 2005.
- Уманская Т.М. Невропатология: Учеб. пособие. М., 2014.
- Фомин Н.А., Вавилов Ю.В. Физиологические основы двигательной активности. М., 1991.
- Чурилова Т.М. Физиология центральной нервной системы: Учеб. пособие. Ставрополь, 2005.
- Шмелев А.Г. Основы психодиагностики: Учеб. пособие для студ. педвузов. М.; Ростов-н/Д., 1996.

## Здоровьесбережение функций зрения у детей в период адаптации к школе

**Тарасенко В.С.,**

*преподаватель иностранного языка ГКОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 52»;*

**Кремянская А.А.,**

*магистрант ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва*

---

*Аннотация.* В статье описаны физиологические особенности зрительной сенсорной системы младших школьников, ее строение, развитие, даны рекомендации по гигиене зрения.

*Ключевые слова.* Зрение, школьники, гигиена, зрительный анализатор, адаптация к школе.

---

Человек получает 95% информации об окружающем его мире с помощью глаз, они — способ познания объемного, цветового и стереоскопического изображения. Роль зрения, обеспечивающего возможность трудовой и творческой деятельности, в жизни человека очень важна. Благодаря глазам мы получаем 95% информации об окружающем мире. С помощью зрения мы воспринимаем основные признаки, характеризующие предметный мир, — форму, размерные отношения, цвет и цветовые оттенки, световые отражения, устанавливаем пространственные связи

между предметами, оцениваем расстояние, направление, воспринимаем перспективу.

Гигиена зрения очень важна. Исследования показали, что более 95% младенцев рождаются с нормальным зрением и без дефекта зрительного анализатора. Однако немного людей в пожилом возрасте имеют хорошее зрение.

### Строение зрительного анализатора

Глаза расположены в глазницах черепа. Из глазного яблока выходит зрительный нерв, со-

единяющий его с головным мозгом. Глазное яблоко состоит из внутреннего ядра и окружающих его оболочек: наружной, средней, внутренней. Наружная оболочка — склера, или белочная, представляет собой жесткую, непрозрачную соединительную тканую капсулу, переходящую спереди в прозрачную роговицу, через которую в глаз проникает свет. Под ней находится сосудистая оболочка, переходящая в ресничное тело, где расположена ресничная мышца, регулирующая кривизну хрусталика, и в радужную оболочку, в центре которой есть отверстие (зрачок), способное сужаться под влиянием мышц, заложенных в толще радужки (рис. 1). Сосудистая оболочка богата кровеносными сосудами и содержит черный

пигментный слой, поглощающий свет.

Во внутренней оболочке — сетчатке находятся светочувствительные рецепторы — палочки и колбочки. В них энергия света превращается в процесс возбуждения, который передается по зрительному нерву в затылочную долю коры больших полушарий. Колбочки сосредоточены в центре сетчатки напротив зрачка — в желтом пятне и обеспечивают дневное зрение, воспринимая цвета, форму и детали предметов. На периферии сетчатки имеются только палочки, которые раздражаются слабым сумеречным светом, но нечувствительны к цвету.

Место, где зрительный нерв выходит из сетчатки, не содержит рецепторов и называется

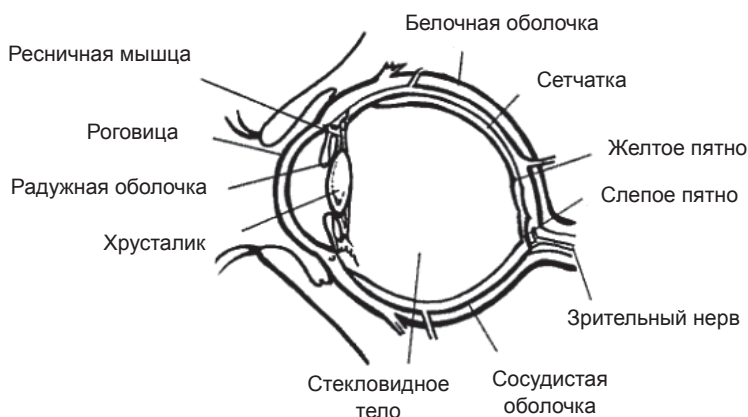


Рис. 1. Строение зрительного анализатора

слепым пятном. Внутреннее ядро глазного яблока образует (вместе с роговицей) оптическую систему глаза и состоит из хрусталика, стекловидного тела и водянистой влаги передней и задней камер глаза. Прозрачный и эластичный хрусталик, расположенный позади зрачка, имеет форму двояковыпуклой линзы. Он вместе с роговицей и внутриглазными жидкостями преломляет входящие в глаз лучи света и фокусирует их на сетчатке.

При сокращении ресничной мышцы хрусталик меняет кривизну, принимая форму, необходимую для дальнего и ближнего зрения. Приспособление глаза для получения отчетливых изображений предметов, находящихся на разных расстояниях, называют аккомодацией, происходящей за счет изменения кривизны хрусталика. Преломившиеся лучи света от рассматриваемого предмета, попадая на сетчатку, образуют на ней его уменьшенное обратное изображение.

Однако мы видим предметы благодаря повседневной тренировке зрительного анализатора, что достигается образованием условных рефлексов, постоянной проверкой зрительных ощущений, повседневной практикой.

Вспомогательная система глаза состоит из защитных приспособлений, слезного и двигательного аппаратов. К защитным образованиям относятся брови, ресницы и веки, покрытые с внутренней стороны слизистой оболочкой, переходящей на глазное яблоко. Слезы, выделяемые слезной железой, омывают его, постоянно увлажняют роговицу и стекают по слезному каналу в носовую полость. Двигательный аппарат каждого глаза состоит из шести мышц, сокращение которых позволяет изменять направление взгляда.

Рецепторы сетчатки — палочки и колбочки — отличаются как по строению, так и по функциям. С колбочками связано дневное зрение, а с палочками — сумеречное. В палочках имеется вещество красного цвета — родопсин. На свету в результате фотохимической реакции он распадается, а в темноте восстанавливается в течение 30 мин из продуктов собственного расщепления. Вот почему человек, войдя в темную комнату, сначала ничего не видит и только через некоторое время начинает различать предметы.

В колбочках содержится другое светочувствительное вещество — иодопсин, который распадается в темноте и восстанавливается на свету в течение 3—5 мин. Расщепление ио-



допсина на свету дает цветовое ощущение. Из двух рецепторов сетчатки к цвету чувствительны только колбочки, в сетчатке их три вида: одни воспринимают красный цвет, другие — зеленый, третьи — синий. В зависимости от степени возбуждения колбочек и сочетания раздражений воспринимаются различные другие цвета и их оттенки.

## Развитие зрительного анализатора

Выделяют пять этапов развития зрительного анализатора:

1) формирование области желтого пятна и центральной ямки сетчатки в течение первого полугодия жизни — из десяти слоев сетчатки остается чаще всего три (зрительные клетки, их ядра и пограничные мембраны);

2) увеличение функциональной мобильности зрительных путей и их формирование в течение первого полугодия жизни;

3) совершенствование зрительных клеточных элементов коры и корковых зрительных центров в течение первых двух лет жизни;

4) формирование и укрепление связей зрительного анализатора с другими органами в течение первых трех лет жизни;

5) морфологическое и функциональное развитие черепных

нервов в первые 2—4 мес. жизни.

Становление зрительных функций ребенка происходит в соответствии с данными этапами развития.

Кожа век у новорожденных очень нежная, тонкая, гладкая, без складок, через нее просвечивает сосудистая сеть. Глазная щель узкая и соответствует размеру зрачка. Ребенок мигает в 7 раз реже в отличие от взрослых (2—3 мигания в минуту). Во время сна нет плотного смыкания век и видна голубоватая полоска склеры. К 3-му мес. увеличивается подвижность век, ребенок мигает 3—4 раза в минуту, к 6 мес. — 4—5, а к 1 году — 5—6 раз в минуту.

К 2 годам глазная щель увеличивается, приобретает овальную форму в результате окончательного формирования мышц век и увеличения глазного яблока. Ребенок мигает 7—8 раз в минуту. К 7—10 годам веки и глазная щель соответствуют показателям взрослых, ребенок мигает 8—12 раз в минуту.

Слезная железа начинает функционировать лишь через 4—6 недель после рождения, дети до этого времени плачут без слез. Однако слезные добавочные железы в веках сразу продуцируют слезу, что хорошо определяется по выраженному

слезному ручейку вдоль края нижнего века. Его отсутствие расценивается как отклонение от нормы и может быть причиной развития дакриоциститов. К 2—3 мес. слезная железа и слезоотделение начинают нормально функционировать.

При рождении ребенка слезоотводящие пути в большинстве случаев уже сформированы и проходимы. Однако примерно у 5% детей нижнее отверстие слезно-носового канала открывается позже или вообще не открывается, что может служить причиной развития дакриоцистита у новорожденного.

Глазница (орбита) у детей до 1 года относительно мала, поэтому создается впечатление больших глаз. По форме глазница новорожденных напоминает трехгранную пирамиду, основание которой имеет конвергентное направление. Костные стенки, особенно медиальная, очень тонкие и способствуют развитию коллатеральных отеков (целлюлитов) клетчатки глазницы. Горизонтальный размер глазниц новорожденного больше вертикального, глубина и конвергенция осей глазниц меньше, что создает порой впечатление сходящегося косоглазия. Размеры глазниц составляют около  $\frac{2}{3}$  соответствующих размеров глазниц взрослого человека.

Глазницы у новорожденных более плоские и мелкие, поэтому хуже защищают глазные яблоки от травм и создают впечатление выстояния глазных яблок. Глазные щели у детей шире из-за недостаточного развития височных крыльев клиновидных костей. Зачатки зубов расположены близко к содержанию глазницы, поэтому в нее легче попадает одонтогенная инфекция. Формирование глазницы заканчивается к 7 годам, к 8—10 годам ее анатомия приближается к таковой взрослых людей.

Конъюнктив новорожденного тонкая, нежная, недостаточно влажная, с пониженной чувствительностью, может легко травмироваться. К 3 мес. она становится более влажной, блестящей, чувствительной. Выраженная влажность и рисунок конъюнктивы могут быть признаком воспалительных заболеваний (конъюнктивит, дакриоцистит, кератит) или врожденной глаукомы.

Роговица новорожденных прозрачная, но в ряде случаев в первые дни после рождения она бывает несколько тусклой и как бы опалесцирует. В течение первой недели эти изменения бесследно исчезают, роговица становится прозрачной. Следует отличать опалесценцию от отека

роговицы при врожденной глаукоме, которая снимается инсталляцией (5%) гипертонического раствора глюкозы.

Физиологическая опалесценция не исчезает при закапывании этого раствора.

Очень важно измерять диаметр роговицы, поскольку его увеличение — один из признаков глаукомы у детей. Диаметр роговицы новорожденного равен 9—9,5 мм, к 1 году увеличивается на 1 мм, к 2—3 — еще на 1 мм, к 5 годам достигает диаметра роговицы взрослого человека — 11,5 мм.

У детей до 3 мес. чувствительность роговицы резко снижена. Ослабление корнеального рефлекса приводит к тому, что ребенок не реагирует на попадание инородных тел в глаз. Частые осмотры глаз у детей этого возраста служат профилактикой кератитов.

Склера новорожденного тонкая, с голубоватым оттенком, который постепенно исчезает к 3 годам. Следует внимательно относиться к данному признаку, поскольку голубые склеры могут быть признаком синдромных заболеваний и растяжения склеры от повышения внутриглазного давления при врожденной глаукоме.

Передняя камера у новорожденных мелкая (1,5 мм), угол

передней камеры очень острый, корень радужки имеет аспидный цвет.

Полагают, что такой цвет обусловлен остатками эмбриональной ткани, которая полностью рассасывается к 6—12 мес. Угол передней камеры постепенно раскрывается и к 7 годам становится таким же, как у взрослых.

Радужка у новорожденных голубовато-серого цвета из-за малого количества пигмента; к 1 году она начинает приобретать индивидуальную окраску. Цвет радужки окончательно устанавливается к 10—12 годам. Прямые и содружественные реакции зрачка у новорожденных выражены не очень отчетливо, зрачки плохо расширяются мидрикатами.

К 1 году реакция зрачка становится такой же, как у взрослых.

Цилиарное тело в первые 6 мес. находится в спастическом состоянии, что обуславливает миопическую клиническую рефракцию без циклоплегии.

Глазное дно у новорожденных бледно-розового цвета с более или менее выраженной паркетностью и множеством световых бликов. Оно менее пигментировано, чем у взрослого, сосудистая сеть просматривается четко, пигментация сетчатки часто мелкоточечная или пятнистая.

По периферии сетчатка сероватого цвета, периферическая сосудистая сеть незрелая.

У новорожденных диск зрительного нерва бледноват, имеет синевато-серый оттенок, что можно ошибочно принять за его атрофию.

Рефлексы вокруг желтого пятна отсутствуют и появляются в течение первого года жизни. В течение первых 4—6 мес. глазное дно приобретает вид, почти идентичный глазному дну взрослого человека, к 3 годам отмечается его покраснение.

В диске зрительного нерва сосудистая воронка не определяется, она начинает формироваться к 1 году и завершается к 7 годам.

## Заболевания зрительной системы

Чаще всего встречаются воспалительные заболевания конъюнктивы и слезного аппарата; затем идут аномалии рефракции со снижением зрения (близорукость и дальнозоркость), косоглазие, заболевания роговицы, хрусталика, сосудистой оболочки.

О заболеваниях зрительной системы может свидетельствовать следующее:

- ребенок плохо видит вдаль;
- держит книгу слишком близко к глазам;

- испытывает при зрительных нагрузках или после них головную боль;
- часто трет глаза, учащенно моргает;
- быстро устает;
- при чтении пропускает слова;
- имеет плохой почерк.

Если отмечаются какие-то из названных симптомов, необходимо срочно проверить зрение на наличие одного из ниже приведенных заболеваний.

## Близорукость (миопия)

Близорукий человек плохо видит вдаль. В случае близорукости параллельные лучи, идущие от предмета, сходятся в одну точку не на сетчатке глаза, а перед ней. Чтобы хорошо видеть вдаль, человек надевает очки с вогнутыми стеклами, которые уменьшают преломляющую силу хрусталика и тем самым отодвигают изображение на сетчатку (рис. 2).

*Причины возникновения близорукости*

- Длительная зрительная работа на близком расстоянии при постоянном напряжении глазных мышц.
- Длительное нахождение в закрытых пространствах (помещениях).
- Хронический тонзиллит, ревматизм и другие заболевания,



Рис. 2. Рефракция при близорукости

приводящие к ослаблению аккомодации (приспособление глаза для рассмотрения предметов, находящихся на различных расстояниях от него) из-за плохого кровоснабжения глаз. Подтверждением данного положения может служить врожденная дисплазия (неправильное развитие тканей, органов) соединительной ткани, которая приводит к порокам сердца. Как известно, оболочки нервов состоят из соединительной ткани, кровоснабжение и питание их происходит через нее. При изменении структуры ткани изменяется кровоснабжение, следовательно, зрительные нервы будут недополучать питательных веществ и кислорода, что станет причиной возникновения аномалий.

- Неправильное питание, плохая осанка.

- Психологические причины. Горе, тревога, раздражение, страх и другие негативные эмоции способны вызвать различные по тяжести и длительности дисфункции.

Устранение этих причин является профилактикой близорукости. Наиболее действенные средства профилактики и лечения — специальные упражнения, направленные на укрепление и расслабление мышц глаза, в сочетании с общеукрепляющими физическими упражнениями и здоровым образом жизни. Только такое сочетание дает необходимый эффект.

## Дальнозоркость

Дальнозоркий человек видит удаленные предметы лучше, чем расположенные близко. Лучи, идущие от предметов, при даль-

нозоркости собираются сзади сетчатки. Поэтому на ней получается расплывчатое изображение предмета. Людям с дальнозоркостью прописывают ношение очков с двояковыпуклыми стеклами, которые усиливают преломление лучей.

Причиной аномальной рефракции глаз чаще всего выступает небольшой размер глазного яблока по переднезадней оси (рис. 3).

## Гигиена зрения

Болезни глаз, встречающиеся у детей, составляют 15% от всех заболеваний. Поэтому так важно соблюдать правила гигиены зрения.

Глаз весит всего 7 г. Мышцы, управляющие его подвижностью, делают 100 тысяч движений в день, благодаря чему мы можем

фокусировать зрение на разнообразных предметах, привлекавших наше внимание. Чтобы дать такую же нагрузку мышцам ног, нам бы пришлось пройти 80 км.

В течение дня на глаза действуют самые различные факторы: яркий свет, ветер, пыль, работа за компьютером, игры на телефонах и смартфонах, просмотр телепередач и т.д. От таких воздействий, приводящих к перенапряжению глазных мышц, глаза устают, краснеют, слезятся. Чтобы помочь нашим глазам, необходимо соблюдать гигиену зрения.

Продолжительная и напряженная зрительная работа — письмо, чтение, черчение, рисование, лепка, шитье, изготовление мелких деталей, работа с аппаратурой и т.д. — даже при небольшой физической нагрузке может очень быстро вызвать

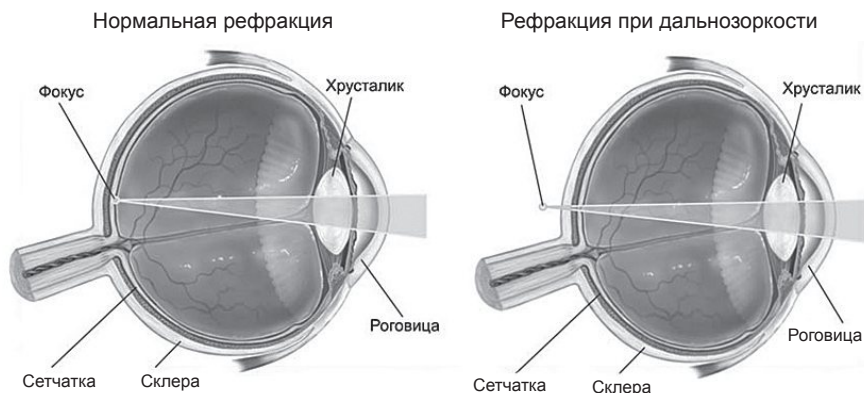


Рис. 3. Рефракция при дальнозоркости



не только переутомление глаз, но и утомление всего организма. Поэтому нужно делать перемены.

Большое значение в работе глаз имеет равномерность освещения. Недостаточное освещение вызывает напряжение глаз из-за постоянно меняющейся ширины зрачка. А длительное напряжение, в свою очередь, вызывает утомление глаз, ощущение боли в области глазницы и головную боль.

В случае работы при плохом освещении приходится приближать к глазам рассматриваемые объекты или резко наклонять голову к рабочему месту, что способствует развитию близорукости (миопии).

### **Гигиенические требования к освещению**

- Освещение должно быть достаточным по силе, постоянным и равномерным, не слепящим.
- Свет должен быть рассеянным, без теней и отблесков.
- Источники освещения не должны влиять на химический состав и физические свойства воздуха, представлять опасности для людей.

### **Требования к рабочему месту ребенка**

- Расстояние от глаз до книги (тетради, крышки стола) долж-

но быть равно примерно длине предплечья и кисти с вытянутыми пальцами. Уровень столешницы должен быть на 3—4 см выше локтя свободно опущенной руки сидящего за столом человека.

- Плечи при работе должны располагаться параллельно краю крышки стола, предплечья и кисти рук — симметрично на столе, туловище отодвинуто от края стола на 5—6 см.

- Глубина сиденья должна быть примерно равна  $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$  длины бедра, чтобы не сдавливались сосуды подколенной области.

- Высота стула или кресла должна быть равна длине голени со стопой плюс 2 см на каблук: в этом случае ноги сидящего во всех суставах (тазобедренном, коленном и голеностопном) будут согнуты примерно под прямым углом (что препятствует застою крови в нижних конечностях и органах малого таза).

- Стул или кресло должны иметь высокую спинку, чтобы мышцы спины не напрягались.

### **Гигиенические требования при работе за компьютером**

Рабочая группа ВОЗ по гигиеническим аспектам использования компьютерной техники еще в 1990 г., обобщая материалы международных научных конференций (Канада, 1984 г., Швеция,

1986 г. и др.), а также научных исследований, касающихся воздействия компьютерной техники на здоровье человека, установила пять возможных рисков в нарушении состояния здоровья работающих:

- заболевания глаз и зрительные нарушения;
- нарушения костно-мышечной системы;
- нарушения, связанные со стрессом;
- кожные заболевания;
- неблагоприятные исходы беременности.

Обнаруженные нарушения в организме связывались с характером, интенсивностью и механизмами воздействия факторов среды.

Исследования показали, что работа за компьютером представляет собой модель умственного труда, выполняемого в однообразной позе сидя, в условиях ограничения общей мышечной активности при подвижности кистей рук, значительном напряжении зрения на фоне высокого нервно-эмоционального напряжения в условиях воздействия факторов различной физической природы.

*Организация рабочего места при работе за компьютером*

• В первую очередь необходимо правильно организовать рабочее место.

• Экран монитора должен быть равномерно освещен: будут меньше утомляться глаза.

• Частота обновления экрана должна быть не менее 85 Гц на лучевом и 75 Гц на жидкокристаллическом мониторе.

• Не следует располагать единственный источник света за монитором. Если этого не избежать, по крайней мере, направьте свет лампы в потолок — это даст более мягкое освещение.

• Монитор не нужно устанавливать рядом с окном. Если нет другого места, во время работы закрывайте окно плотными шторами или жалюзи.

• Необходимо отрегулировать освещение. В глаза не должен попадать прямой или отраженный от экрана свет. Источник света нужно располагать под углом 90°.

• Верхний край монитора должен быть немного ниже уровня глаз.

• Следует регулярно протирать экран компьютера влажной тряпкой. Нельзя использовать моющие средства, они сотрут специальное защитное покрытие.

• Оптимально располагать монитор сбоку от окна так, чтобы свет падал слева от линии зрения.

• Расстояние от глаз до монитора должно быть не менее 50 см — можно ориентироваться на длину вытянутой руки. При

хорошем зрении экран можно установить на расстоянии 70 см от глаз.

*Правила работы за компьютером*

- Нужно избегать как недостаточного, так и избыточного освещения. Наиболее рационален — приглушенный, рассеянный свет.

- Не следует работать за компьютером в темноте.

- Необходимо чаще моргать. Обычно при простом моргании глаза увлажняются и отдыхают.

- Следует делать каждые 2 ч 15-минутные перерывы в работе. Можно походить по комнате, попрыгать, поприсесть и т.д.

- Во время перерыва необходимо делать упражнения для глаз.

## Упражнения для глаз

Комплексы упражнений нужно выполнять ежедневно.

### Комплекс 1

*Упражнение 1.* Быстро поморгать, закрыть глаза и посидеть спокойно, медленно считая до пяти. Повторить 4—5 раз.

*Упражнение 2.* Крепко зажмурить глаза, посчитать до трех. Открыть глаза и посмотреть вдаль (считать до пяти). Повторить 4—5 раз.

*Упражнение 3.* Вытянуть правую руку вперед. Следить глаза-

ми, не поворачивая головы, за медленными движениями указательного пальца вытянутой руки влево и вправо, вверх и вниз. Повторить 4—5 раз.

*Упражнение 4.* Посмотреть на указательный палец вытянутой руки на счет до четырех, потом посмотреть вдаль на счет до шести. Повторить 4—5 раз.

*Упражнение 5.* В среднем темпе проделать 3—4 круговых движения глазами в правую сторону, столько же в левую. Расслабив глазные мышцы, посмотреть вдаль на счет до шести. Повторить 1—2 раза.

### Комплекс 2

*Упражнение 1.* И.п.: сидя. Крепко зажмурить глаза на 3—5 с, затем открыть их на 3—5 с. Повторить 6—8 раз.

*Упражнение 2.* И.п.: сидя. Смотреть прямо перед собой 2—3 с, держать палец правой руки по средней линии лица на расстоянии 25—30 см от глаз, перевести взгляд на кончик пальца и смотреть на него 3—5 с, опустить руку. Повторить 10—12 раз.

*Упражнение 3.* И.п.: сидя. Быстро поморгать в течение 1 мин с перерывами.

*Упражнение 4.* И.п.: сидя. Вытянуть вперед руку, смотреть на кончик пальца, расположенный на средней линии лица, медлен-

но приближать палец, не сводя с него глаз, до тех пор, пока он не начнет двоиться. Повторить 6—8 раз.

*Упражнение 5.* И.п.: сидя. Закрыть веки, помассировать их с помощью круговых движений пальца. Повторить в течение 1 мин.

*Упражнение 6.* И.п.: стоя. Поставить палец правой руки по средней линии лица на расстоянии 25—30 см от глаз, посмотреть двумя глазами на кончик пальца 3—5 с, прикрыть ладонью левой руки левый глаз на 3—5 с, убрать ладонь, посмотреть двумя глазами на кончик пальца 3—5 с, поставить палец левой руки по средней линии лица на расстоянии 25—30 см от глаз, посмотреть двумя глазами на кончик пальца 3—5 с, прикрыть ладонью правой руки правый глаз на 3—5 с, убрать ладонь, посмотреть двумя глазами на кончик пальца 3—5 с. Повторить 5—6 раз.

*Упражнение 7.* И.п.: стоя. Отвести руку в правую сторону, медленно передвигать палец полусогнутой руки справа налево и при неподвижной голове следить за пальцем, медленно передвигать палец полусогнутой руки слева направо и при неподвижной голове следить за пальцем. Повторить 10—12 раз.

*Упражнение 8.* И.п.: сидя. Тремя пальцами каждой руки легко нажать на верхнее веко обоих глаз, спустя 1—2 с убрать пальцы с век. Повторить 3—4 раза.

*Упражнение 9.* И.п.: сидя. Указательными пальцами фиксировать кожу надбровных дуг, медленно закрывать глаза, пальцы удерживают кожу надбровных дуг. Повторить 3—10 раз.

*Упражнение 10.* И.п.: сидя. Медленно перевести взгляд с пола на потолок и обратно, голова неподвижна. Повторить 8—12 раз.

*Упражнение 11.* И.п.: сидя. Медленные круговые движения глазами в одном, затем в другом направлении. Повторить 4—6 раз.

## **Литература**

- Дубровский В.И.* Валеология. Здоровый образ жизни. М., 1999.
- Ларченко Н.А.* Словарь-справочник медицинских терминов и основных медицинских понятий. Ростов-н/Д., 2013.
- Мир детства: Подросток / Под ред. А.Г. Хрипковой. М., 1982.
- Петленко В.П.* Валеология человека: Здоровье. Любовь. Красота: В 5 т. СПб., 1996—1998.
- Популярная медицинская энциклопедия / Под ред. Б.В. Петровского. М., 1987.
- Чумаков Б.Н.* Валеология: Курс лекций. М., 2000.

## Гипертензионно-гидроцефальный синдром

**Славгородская О.Н.,**  
*сурдопедагог, консультант ЗАО «Центр  
реабилитации незлышащих “Отофон”», Москва*

---

*Аннотация.* В статье рассматриваются механизм и причины возникновения гипертензионно-гидроцефального синдрома, его клинические проявления. Уделяется особое внимание психоречевому развитию детей при комплексированном гипертензионно-гидроцефальном синдроме, а также особенностям формирования речи у детей с нарушениями слуха.

*Ключевые слова.* Гипертензионно-гидроцефальный синдром, психоречевое развитие, нарушение слуха.

---

### Механизм возникновения

Гипертензионно-гидроцефальный синдром — один из наиболее часто встречающихся диагнозов в детской неврологии, особенно у детей раннего возраста.

Гипертензия (от греч. *hyper* — сверх, слишком и *tensus* — давление, напряжение) — повышение давления. Гидроцефалия (от греч. *hydros* — жидкость и *kephale* — голова). Гипертензионно-гидроцефальный синдром — увеличение количества спинномозговой жидкости в полости черепа из-за чрезмерной продукции или затруднения оттока.

Спинномозговую (цереброспинальную) жидкость называют ликвором. Это прозрачная, бесцветная жидкость, выполняющая несколько функций: питания (заполняя перивентрикулярные и периваскулярные пространства, приходит в соприкосновение с клетками нервной системы, поглощает продукты обмена и отдает клеткам вещества, необходимые для их функционирования), защиты мозга (формирует водную подушку, которая предохраняет спинной и головной мозг от сотрясения, изменения давления, сжатия и других



негативных воздействий механического характера), регуляции осмотического давления, поддержания его постоянного значения в мозговых тканях.

Ликвор располагается в желудочках головного мозга. Их несколько: два желудочка — боковых — расположены в глубине больших полушарий, третий — по средней линии на уровне надстволовых структур мозга. Через тонкий канал в стволе мозга, называемый силвиевым водопроводом, жидкость проходит в четвертый желудочек, расположенный между стволом мозга и мозжечком. Он соединен с цистернами основания мозга, внизу переходит в центральный канал спинного мозга, по которому ликвор распространяется книзу почти до поясничного отдела.

Ликвор образуется в процессе диффузии плазмы крови через сосудистую стенку капилляров в так называемых сосудистых сплетениях, основные из которых расположены в боковых желудочках (95% его продукции) и, частично, в четвертом желудочке. Абсорбация происходит через арахноидальные грануляции (пахионовы ворсины) в верхний саггитальный синус, являющийся частью венозной системы мозга, а также через систему капилляров его вещества.

Цереброспинальная жидкость активно вырабатывается и всасывается, т.е. совершается постоянный ее обмен, что обеспечивает доставку к мозгу питательных веществ и его очищение, «промывку». Ликвор обновляется 3—4 раза в сутки. Он также защищает мозг от механических воздействий, инфекционных и токсических агентов. Снаружи мозга ликвор циркулирует между мягкой и сосудистой оболочками по всей поверхности больших полушарий и мозжечка. Это пространство называется субарахноидальным. Под мозгом на основании черепа имеется еще несколько мест скопления жидкости, которые называются цистернами. Они, соединяясь друг с другом в различных направлениях, переходят в ликворное субарахноидальное пространство головного мозга, а также соединяются с субарахноидальным пространством спинного мозга, где спинномозговая жидкость омывает поверхность спинного мозга от шейного до поясничного отделов. Увеличение количества ликвора ведет к расширению желудочков мозга и субарахноидального пространства, черепная коробка как бы наполняется жидкостью — возникает гидроцефалия, в народе ее называют водянкой головного мозга.

По локализации различают внутреннюю гидроцефалию с расширением желудочков мозга, наружную — с расширением субарахноидальных пространств и общую.

*Внутренняя гидроцефалия* в большинстве случаев связана с нарушением оттока ликвора из желудочков. Жидкость скапливается в желудочках мозга, расширяя их. Сдавление или перекрытие одного из отделов ликворной системы также вызывает избыточное скопление жидкости в ее вышележащих отделах. В клинической практике такое скопление носит название окклюзионной гидроцефалии (от лат. *occlusus* — запертый). При нарастающем скоплении спинномозговой жидкости в полости черепа повышается внутричерепное давление.

*Наружная гидроцефалия* возникает вследствие скопления ликвора между мозговыми оболочками при нарушении процесса обратного всасывания. Дисбаланс между количеством производимой и всасываемой жидкости приводит к ее избыточному накоплению. Этот вид гидроцефалии имеет два различных подтипа: с повышением внутричерепного давления, называемый гипертензивным, он почти аналогичен окклюзионной

гидроцефалии и без повышения внутричерепного давления. Второй подтип гидроцефалии обозначается как нормотензивная. Его проявления преимущественно связаны с нарушениями вышших корковых функций.

При *общей гидроцефалии* *Ex vasuo* повышение содержания спинномозговой жидкости в полости черепа возникает не за счет нарушения циркуляции или баланса обмена ликвора, а вследствие уменьшения объема мозгового вещества. В этом случае ликвор занимает часть объема мозга при уменьшении последнего. Это происходит при атрофии мозгового вещества в старческом возрасте или при некоторых заболеваниях, таких как болезнь Альцгеймера, хронические алкоголизм, интоксикации и др.

Таким образом, гипертензионно-гидроцефальный синдром возникает при нарушении выработки и всасывания жидкости и приводит к понижению или, что бывает чаще, повышению внутричерепного давления из-за давления жидкости на вещество мозга.

## Этиология

По своему происхождению гидроцефалия делится на врожденную и приобретенную.



*Врожденная гидроцефалия* представляет собой нарастающую внутричерепную водянку, вызванную причинами, действие которых на мозг относится к периоду внутриутробного развития и родов.

Выделяют три основные причины ее развития.

1. Гидроцефалия как проявление врожденной аномалии. В настоящее время известно более 400 факторов, способных быть причиной врожденной аномалии плода. К ним относятся:

- неблагоприятные условия внутриутробного развития (токсикозы, травмы, пребывание во вредных экологических условиях, в том числе связанных с профессией, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери, употребление лекарственных препаратов и др.);
- отягощенная наследственность; алкоголизм, нарко- и токсикомания родителей, неудачный брачный подбор и многие другие факторы, приводящие к различным внутриутробным патологиям. В данном случае причиной развития гидроцефалии могут быть врожденные опухоли, кисты головного мозга, оказываю-

щие давление на желудочки (в частности третий и четвертый), водопровод мозга и мозжечок. К затруднению оттока избыточной жидкости и переполнению желудочков мозга может приводить и снижение сосудистого тонуса, в частности венозного.

2. Гидроцефалия как следствие внутриутробной инфекции. Для формирования ЦНС очень важны первые три месяца внутриутробной жизни. В это время закладываются все ее элементы. Поэтому в первые недели беременности возбудители таких заболеваний, как острые вирусные инфекции, грипп, краснуха, токсо- и микоплазмоз, хламидиоз, цитомегалия, листериоз, сифилис, сыворотный гепатит, проникнув через незрелую плаценту организма матери, могут вызвать глубокие повреждения внутренних органов и мозга ребенка.

Повреждения плода на ранних стадиях его развития часто носят множественный характер, но в первую очередь страдает нервная система. В данном случае протекание гидроцефалии во многом зависит от периода воздействия повреждающего фактора. При инфекционном поражении в период эмбриогенеза или раннего фетогенеза гидроцефалия обычно сочетается с грубым

церебральным дефектом. Инфицирование плода в более позднем периоде ведет к развитию менингоэнцефалита, который может стать причиной изолированной гидроцефалии нередко в сочетании с очаговым поражением мозга. В таких случаях всасывание и нормальная циркуляция спинномозговой жидкости затрудняются фиброзом мозговых оболочек и эпендимы желудочков. Некоторые инвазии могут вызвать полную закупорку внутрижелудочковых ликворных путей.

3. Гидроцефалия как результат внутричерепной родовой травмы. Внутричерепную родовую травму также следует считать важным этиологическим фактором гидроцефалии. К сожалению, перинатальные повреждения нервной системы сегодня выступают основной причиной инвалидизации и дезадаптации детей. Еще в 1945 г. известный отечественный акушер профессор М.Д. Гютнер говорил, что родовые травмы нервной системы служат «самым распространенным народным заболеванием».

Проблема перинатальных повреждений ЦНС у детей с ранними поражениями мозга приобрела особую актуальность в последние десятилетия в связи с увеличением рождения детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) — до 60—70% (по

данным Е.П. Бомбардинова и Г.В. Яцык). А.Ю. Ратнер доказал, «что множество детей в процессе даже обычных родов получают повреждения, на первых порах негрубые, незамеченные. Позднее под влиянием тех или иных провокаций прежние минимальные симптомы становятся грубыми и могут угрожать жизни ребенка. Встречаются эти неврологические осложнения очень часто, широкому кругу практических врачей они совершенно не известны и последствия этого незнания даже не требуют объяснений». По мнению А.Ю. Ратнера, в повседневной практике врач отказывается от предположения о родовой травме нервной системы только потому, что неврологическая симптоматика у ребенка постепенно убывает. Ее убывание у новорожденного ни в коем случае не может быть основанием для отказа от диагноза, так же, как улучшение состояния больного, перенесшего бытовую травму черепа, не позволит врачу забыть о том, что эта травма была.

До недавнего момента проблемы перинатальной неврологии практически не освещались ни в отечественной, ни в зарубежной литературе. Кажется почти невероятным, что совсем недавно считалось непозволительным

рассуждать о топической диагностике применительно к новорожденным, что ряд патологических состояний этого периода (симптом «цыпочек», симптом Бабинского, повышение глубоких рефлексов и др.) считался нормальным лишь потому, что «так часто бывает». Сегодня единичные попытки отстаивания этих абсолютно устаревших позиций уже не выдерживают критики и сами по себе выступают своеобразным «симптомом».

Примером гидроцефалии, появившейся в результате родовой травмы, могут служить часто возникающие внутрижелудочковые кровоизлияния, которые нарушают ликвородинамику и затрудняют всасывание ликвора, что ведет к развитию гидроцефалии в постнатальном периоде. Также стоит отметить, что основная нагрузка во время родов приходится на шейный отдел, в результате IX—XII нервы повреждаются у новорожденных чаще, чем другие церебральные образования, поскольку в процессе родов большая нагрузка падает не только на шейный отдел позвоночника и спинного мозга, но и на непосредственно примыкающий ствол мозга. Повреждение бульбарной группы нервов всегда очень опасный симптомокомплекс и у взрослых, и у новорож-

денных. Он грозит непредсказуемыми осложнениями. Родовые повреждения нередко возникают в процессе родов, считающихся обычными, нормальными, физиологическими. В то же время и при тяжелых родах ЦНС плода иногда может быть повреждена.

Причин развития приобретенной формы гидроцефалии очень много. К ним относятся опухоли головного и спинного мозга, последствия перенесенного менингита, энцефалита (воспаления вещества мозга), различных инфекционных заболеваний (например, туберкулеза), пороки развития головного мозга и его сосудов, последствия кровоизлияний, черепно-мозговой травмы, генетические нарушения, перенесенные воспалительные инфекции и заболевания головного мозга. Иногда причину гидроцефалии установить не удается.

## **Клинические проявления в раннем периоде развития детей**

При гипертензионно-гидроцефальном синдроме происходит сдавливание жизненно важных структур головного мозга, в первую очередь его ствола, который обеспечивает основные жизненно необходимые функции организма, такие как дыхание и кро-

вообращение. Нарушение функций этого отдела мозга ведет к тяжелым, часто необратимым изменениям. Кроме того, повышение внутричерепного давления, особенно быстро развивающееся, вызывает нарушения кровообращения в мозге, что проявляется грубой неврологической патологией. Этим объясняется и многообразная неврологическая симптоматика.

В случаях врожденной гидроцефалии заболевание может обнаруживаться при рождении ребенка, в первые дни или месяцы жизни. В тяжелых случаях при данном синдроме отмечаются непропорциональное увеличение размеров мозговой части черепа, иногда асимметрия головы (при одностороннем патологическом процессе), расхождение черепных швов (более 5 мм), расширение и усиление венозного рисунка на волосистой части головы, истончение кожи на висках. Череп может увеличиваться во всех направлениях, но преимущественно выступают лобные бугры. Лобная область как бы нависает, вследствие чего лицевой череп кажется меньше обычного. Большой родничок увеличивается, становится напряженным, пульсирует. Вены свода черепа расширяются, кожа истончается, становится блестящей. Ново-

рожденные поперхиваются, молоко попадает им в нос. Их плач тихий, имеет гнусавый оттенок. В связи со слабостью круговой мышцы рта и языка ребенок не может взять грудь, у него не хватает сил сосать. Иногда этот симптомокомплекс впервые замечается врачом при включении в рацион плотной пищи — малыш не может ее есть, поперхивается.

Еще одно тяжелое последствие повышения внутричерепного давления — зрительные нарушения. Дело в том, что сосудистая система глаза напрямую связана с сосудистой системой мозга. При повышении внутричерепного давления затрудняется отток крови по венам глазного дна. Это приводит к отеку дисков зрительных нервов, мелким кровоизлияниям в сетчатку. При длительно существующем отеке дисков снижается зрение, может развиваться даже слепота.

Нарушение функции зрения и атрофия зрительных нервов могут быть вызваны и поражением черепно-мозговых нервов. Все эти нарушения проявляются разнообразно: дети таращат глаза, периодически появляется симптом Грефе (белая полоска между зрачком и верхним веком), в тяжелых случаях отмечается симптом «заходящего солнца», когда радужная оболочка глаза,

как заходящее солнце, наполовину погружается в нижнее веко. Возможны нарушения движения глазных яблок: расходящееся или сходящееся косоглазие, плавающие движения глазных яблок, нистагм (маятникообразные подергивания глазных яблок, плавающие движения их по кругу).

Может наблюдаться снижение слуха, которое имеет нестабильный характер, а рисунок аудиограммы меняться в зависимости от состояния ребенка, что создает трудности в диагностике и реабилитации детей с такой сочетанной патологией. Также необходимо понимать, что обучение и развитие детей с нарушением слуха, имеющих в анамнезе гипертензионно-гидроцефальный синдром, имеют ряд особенностей, поскольку их психофизическое развитие напрямую зависит не только от степени снижения слуха, но и от степени компенсации этого синдрома. Страдают вегетативные функции: терморегуляция, потоотделение, водно-солевой обмен и др.

Нарушение двигательных функций проявляется в том, что дети поздно начинают сидеть и ходить, плохо удерживают голову. Малыши часто запрокидывают ее назад. Мышечный тонус (особенно мышц ног) может быть как пониженным, так и повышен-

ным. При опоре они встают на цыпочки, а при попытке ходьбы перекрещивают ноги.

К начальным признакам органического поражения головного мозга, вызванного гидроцефалией, следует отнести спастический парапарез (поражение) ног с высокими сухожильными рефлексами, клонусом стоп, четкими патологическими рефлексми. По мере прогрессирования гидроцефалии он углубляется, но редко достигает степени плегии (полного отсутствия произвольных движений), появляются центральный парез (частичный, неполный паралич) рук, псевдобульбарный синдром. Отмечаются также нарушения координации движений, тремор рук, нистагм. Прогрессирование гидроцефального синдрома проявляется усилением мышечного тонуса, особенно в ногах, при этом рефлекс опоры, автоматической ходьбы и ползания снижены. В случаях тяжелой прогрессирующей гидроцефалии могут возникать судороги. По мере нарастания гидроцефалии развиваются экзофтальм, спастические парезы (поражение центрального двигательного нейрона), параличи, нарушения координации движений.

Другие симптомы гидроцефалии разнообразны и зависят от причины, которая ее вызвала.

Стойкое повышение внутричерепного давления ведет к сдавливанию капилляров мозга и, как следствие, — к атрофии нервной ткани. Парезы и параличи конечностей выражены в разной степени.

Это могут быть эпилептические судороги, нарушение зрения, повышение тонуса в ногах, тазовые расстройства (недержание или задержка мочи), эндокринные нарушения (отставание в росте или гигантизм, преждевременное половое развитие, гипотиреоз — снижение выработки гормонов щитовидной железы, ожирение), снижение успеваемости в школе и пр.

В тяжелых, прогрессирующих случаях при отсутствии своевременного оперативного вмешательства прогноз врожденной гидроцефалии неблагоприятен: большинство детей умирают в первые месяцы или годы жизни от различных интеркуррентных заболеваний и осложнений (пролежни, дистрофии и т.д.).

### **Особенности психоречевого развития детей при компенсации гипертензионно- гидроцефального синдрома**

У детей, страдающих гидроцефалией, уже в первые месяцы

жизни заметна задержка психического и двигательного развития, значительно позже появляются сосредоточение и прослеживание, эмоциональные реакции. Иногда обнаруживается и нарушение интеллекта. Отсталость в умственном развитии колеблется в широких пределах. При снижении интеллекта возможность обучения ребенка зависит от степени его психического недоразвития. Детей можно обучать в коррекционных учреждениях различного вида. Это зависит от степени компенсации гидроцефалии, характера вызвавшего ее патологического процесса и степени поражения мозга.

Гидроцефалия имеет прогрессирующее или стационарное (не прогрессирующее) течение. Стационарное течение наблюдается при компенсации приводящих к гидроцефалии патологических процессов.

При прогрессировании гидроцефалии по мере нарастания атрофии мозга уровень умственного развития заметно снижается, ослабевают память. Речь становится бедной и мало эмоциональной. Преобладает механическое повторение услышанного. Постепенно развивается слабоумие, усугубляемое дефектами зрения, слуха, эпилептиформными припадками.

Работоспособность носит неравномерный характер. Нарушена целенаправленная деятельность. Дети очень истощаемы, с трудом сосредотачиваются на чем-либо, легко отвлекаются. Отмечается склонность к колебаниям настроения, чаще в сторону эйфории. Возможны переходы от импульсивного к заторможенному состоянию. У некоторых больных преобладает какое-либо из этих состояний. В период декомпенсации гидроцефалии наблюдается не критичное отношение к своему поведению.

При отставании в психическом и речевом развитии дети нуждаются в специальных логопедических и педагогических мероприятиях, характер которых во многом зависит от степени интеллектуального дефекта, выраженности декомпенсации гидроцефалии. В каждом конкретном случае вопрос о методах коррекции следует обсуждать с врачом, учитывая те особенности психики детей, о которых сказано выше.

Например, дошкольники могут казаться развитыми за счет хорошей механической памяти, резонерства, музыкальных и художественных способностей. Однако при психологическом исследовании можно выявить у них слабость мыслительных процес-

сов, малопродуктивное мышление, слабую логическую память, шаблонность речи, малую ее выразительность, бедность словарного запаса. Все это важно учитывать педагогу-дефектологу при работе с детьми, страдающими гидроцефалией или гипертензионно-гидроцефальным синдромом.

Однако при медленно нарастающем процессе в дальнейшем умственное развитие может быть вполне удовлетворительным. Развитие заболевания при врожденной форме гидроцефалии может в любой стадии спонтанно приостановиться. При этом в легких случаях может наблюдаться и практически полное выздоровление. При компенсированной гидроцефалии интеллектуальное развитие ребенка может быть нормальным, он способен обучаться в массовой школе.

У многих детей интеллект сохраняется, но наблюдается ряд характерных психологических особенностей: у дошкольников это гиперактивность, агрессивность, истерические проявления, заикание, энурез, косоглазие, частые простудные заболевания, задержка психоречевого развития; у школьников — носовые кровотечения и головные боли, снижение памяти и концентрации внимания, расторможен-



ность и невротизация, трудности в усвоении школьного материала (медленно выполняют задания, допускают большое количество ошибок, неровный почерк, затруднения в составлении рассказа).

Проявления синдрома зависят от времени действия и локализации поражения компенсаторных механизмов ЦНС, специфики окружающей микросоциальной среды, степени адекватности предъявляемых к ребенку требований и многих других внешних и внутренних факторов. Двигательная недостаточность часто сочетается с нарушением артикуляции, замедленностью в ходьбе, беге, неловкими прыжками, трудностями в завязывании шнурков, расстегивании пуговиц, бросании и ловле мяча, склонностью ронять вещи, спотыкаться, ударяться о препятствия, с плохим почерком, неумением рисовать, трудностями в конструировании строительных моделей и манипулировании игрушками. Степень тонкой или грубой двигательной недостаточности с возрастом может ослабевать. У детей отмечаются нарушения формирования навыков чтения, письма, счета. Для многих характерно замедленное формирование отпикопро пространственных и временных представлений.

Нарушения речевого развития характеризуются различными проявлениями, причем страдает вся языковая система в целом. Нарушения звукопроизношения проявляются в стойких дефектах, когда отдельные звуки произносятся правильно, но сложно автоматизируются в речи. Нужно отметить, что в последнее время большое внимание уделяется не только артикуляционным трудностям, но и просодической стороне речи, поскольку при нарушении двигательной программы артикуляционного аппарата страдает и оформление высказывания: расстановка пауз, интонационное и акцентированное выделение различных элементов речи и т.д. Данные нарушения могут вызывать и семантические нарушения.

Все перечисленные факторы могут сильно затруднять коммуникацию. Нарушения фонетикофонематического восприятия и звукового анализа проявляются в том, что дети не могут определить наличие и место звука в слове, затрудняются в выделении первого и последнего звука в заданных словах, не могут подобрать картинки или придумать слово на заданный звук. Отмечается недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи, которая

характеризуется, прежде всего, малым объемом словарного запаса, трудностями в понимании и употреблении обобщающих понятий, ошибками в словообразовании и словоизменении. Нужно отметить и трудности в произношении слов, сложных по своей структуре. Часто дети добавляют лишние слоги, согласные или слогообразующие гласные (итерация) или усекают сложные для воспроизведения слоги (элизия), переставляют слоги и др. У них нарушена связная речь, что проявляется и в оформлении, и в программировании высказывания. Это обусловлено как бедностью и однообразием лексических средств языка, заменой сложных предлогов на простые и др., так и неправильным оформлением связей между членами предложения, отсутствием сложных предложений и т.д. Отмечаются нарушения связности и последовательности рассказа, фрагментарность изложения, нарушение временных и причинно-следственных связей в тексте. Часто встречается пересказ только начала и конца текста, когда основное развитие сюжета полностью выпадает. У данной группы детей могут возникать и другие специфические нарушения речи.

Важно помнить, что компенсация речевого недоразвития ребенка напрямую влияет на формирование школьных навыков, отсутствие своевременной коррекционной работы в дальнейшем проявится в трудностях усвоения чтения и письма. Коррекционно-логопедическое воздействие должно выстраиваться с учетом специфики описанных выше речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния и возраста ребенка.

### Литература

- Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи. М., 1972.
- Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. М., 1973.
- Лебедев Б.В., Барашинов Ю.И., Якунин Ю.А. Невропатология раннего детского возраста: Руководство для врачей. Л., 2005.
- Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. М., 2005.
- Тонкова-Ямпольская Р.В. Физиологические механизмы формирования второй сигнальной системы у детей. М., 1974.
- Шматко Н.Д., Пельмская Т.В. Формирование устной речи и развитие слухового восприятия у дошкольников с нарушениями слуха. М., 2006.

## Направления работы с семьями по профилактике формирования зависимого поведения у старших дошкольников

**Шапошникова М.А.,**

*клинический психолог ГАУЗ МО «Подольский наркологический диспансер», г. Подольск Московской обл.*

---

*Аннотация.* Статья посвящена формам работы психолога ДОО с семьей, направленным на раннюю профилактику формирования зависимого поведения несовершеннолетних.

*Ключевые слова.* Профилактика формирования зависимого поведения, социальное окружение ребенка, купирование девиантной адаптации, повышение адаптационного потенциала ребенка.

---

В последнее время активно обсуждаются вопросы: «Как осуществлять профилактику аддикций (зависимостей)?», «Возможно ли это в современных условиях, когда кругом компьютеры, а различные психоактивные вещества в ценовой и шаговой доступности?», «В какой возрастной категории необходимо начинать эту профилактическую работу?»

Прежде всего помимо образования ребенка, развития интеллекта образовательные организации должны повышать его адаптационный потенциал, что обеспечит профилактику фор-

мирования зависимого поведения, поскольку связано это с недостатком личностных ресурсов, отсутствием способности к адаптации в новых условиях.

Адаптация в норме — устойчивая адаптированность в ситуациях без патологических изменений структуры личности и одновременно без нарушений норм той социальной группы, в которой протекает ее активность.

*Девиантная адаптация* (отклоняющаяся от нормы адаптивность ребенка) удовлетворяет потребности личности, в то время как ожидания остальных участников социального процесса не

оправдываются таким поведением. В данном случае адаптация происходит через зависимую реализацию. Важно отметить, что ряд потребностей ребенка остается неудовлетворенным, при этом развивается генерализованная неудовлетворенность — хроническое состояние, при котором подросток живет без радости, без каких-либо надежд, перспектив. Данная ситуация меняет систему его ценностей. Происходят структурные изменения его личности, начинает преобладать ценность комфорта, безопасности, игнорируются социальные нормы и правила, т.е. развивается аддиктивная личность.

В подростковой службе Подольского наркологического диспансера разработана профилактическая программа развития личности и психологической коррекции «Гармония» для старших дошкольников, применяющаяся уже более 10 лет на базе МДОУ ЦРР № 60 «Журавушка» и дающая свои результаты.

Важно проводить профилактику формирования зависимого поведения в ДОО. Именно в дошкольном возрасте происходит становление личности, закладываются основы мотивационно-потребностной сферы, продолжается развитие коммуникативных способностей ребенка (фото 1).

Дошкольное детство — важный, сложный и многообразный период жизни ребенка. Условия его жизнедеятельности в это время выходят за рамки семьи. Ребенок открывает для себя мир человеческих отношений, разных видов деятельности и общественных функций. Он испытывает большое желание включиться во взрослую жизнь, активно в ней участвовать, что ему еще недоступно. Кроме того, не менее сильно ребенок стремится к самостоятельности.

Из этого противоречия и рождается ролевая игра — самостоятельная деятельность детей, моделирующая жизнь взрослых. Она же — ведущая деятельность в дошкольном возрасте, которая становится основной формой психологических занятий с детьми в рамках нашей программы.

В программе «Гармония» особое внимание уделяется развитию эмоциональной сферы, поскольку никакое общение, взаимодействие не будут эффективными, если его участники не способны, во-первых, «читать» эмоциональное состояние другого, а во-вторых, управлять своими эмоциями. У детей уже в дошкольном возрасте существуют проблемы в выражении эмоций (фото 2).

Чрезмерные запреты в выражении чувств, избыточный кон-



*Фото 1. Участники программы «Гармония»*

троль взрослых подчас приводят к ограничению жизненности, спонтанности, т.е. потере той природной естественности, грации, которой обладает ребенок с рождения. Необходимо научить дошкольника понимать свои эмоции, чувства окружающих, сформировать умение адекватного эмоционального самовыражения, без чего невозможно становление личности.

Уже с 3 лет начинает формироваться самосознание человека, ребенок копирует поведение окружающих его людей. Именно в этом возрасте впечатления

глубоко впечатываются в мозг. В 3—5 лет мы уже видим развивающуюся личность.

Формирование гармоничной альтруистической личности на основе усвоения позитивных морально-этических норм — одна из задач программы. Не менее важно достижение старшими дошкольниками необходимого уровня психологической зрелости для поступления в школу, готовности к систематическому обучению. В противном случае в начальной школе ребенок будет испытывать ряд трудностей (низкий уровень развития рече-

вого, произвольного внимания и памяти, самоконтроля, неразвитость тонкой моторики руки и т.д.). Этих сложностей можно избежать, уделяя должное внимание формированию познавательных процессов, творческих способностей и личностных качеств в период дошкольного детства.

Программа представлена в виде блоков групповой работы с детьми, родителями и совместных занятий «дети — родители».

Если рассматривать работу с родителями как один из важнейших аспектов школьной психологической службы, направленной на сохранение психологического

здоровья детей, в ней можно выделить две формы взаимодействия с родителями: групповую и индивидуальную.

Цель *групповой работы с родителями* — формирование общего воспитательного «поля» вокруг ребенка, обеспечивающего согласованность (непротиворечивость) воздействий взрослых (психологов и родителей). Понятно, что согласованность — важнейшее условие эффективности воздействий взрослых. Иначе можно вызвать ситуацию, представленную в известной басне И. Крылова «Лебедь, рак и щука». Ее можно описать на примере сложения векторов, на-



Фото 2. Дети учатся управлять своими эмоциями



правленных в разные стороны. Возникают вопросы: «В чем причина возможной несогласованности?», «Почему родители нередко действуют в противовес педагогам и психологам?», «Почему они, желая ребенку самого хорошего, действуют ему во вред, приводят к существенным нарушениям в его развитии и противоречат воспитательным воздействиям психологов и педагогов?» Причины могут быть разными.

*Индивидуальная работа* предполагает рассмотрение конкретной ситуации, проблем того или иного ребенка.

Прежде всего нужно отметить недостаток или полное отсутствие знаний у родителей о закономерностях развития ребенка, трудностях, которые могут появиться по мере его роста и взросления, поскольку в популярной литературе информации по этим вопросам практически нет.

Также следует упомянуть недостаточную осознанность, а порой и стихийность воспитательных воздействий родителей, чаще всего воспитывающих ребенка так же, как воспитывали их самих, или пытающихся сделать это противоположным образом. Однако быстрая смена социально-экономических условий в стране зачастую делает такое воспитание абсолютно неэффек-

тивным. Особенно это касается людей с высокими статусом и уровнем дохода, у которых отсутствует опыт воспитания детей в новых условиях.

Необходимо также иметь в виду, что во взаимодействии с ребенком у родителей могут актуализироваться свои проблемные зоны, что вызывает, к примеру, такое распространенное явление, как рассмотрение результатов дошкольника как зеркала собственной успешности.

И наконец, не нужно упускать из вида и односторонность взгляда родителей на ребенка. Они наблюдают его только в семье, а в детском саду он может вести себя по-другому, иногда совсем не так, как дома. Поэтому для родителей важно принимать участие в создании общего педагогического «поля». Это важно и для воспитателей, и для педагогов дополнительного образования. У психологов, к примеру, может присутствовать излишне теоретизированное представление о путях развития ребенка. Кроме того, им недостает знаний о проявлениях ребенка вне сада. А знакомство с семьей позволяет лучше понять ребенка, более эффективно организовать его поддержку. Исходя из этого, задачи работы с родителями следующие: — согласование ценностных основ воспитания ребенка (ка-



- кие ценности сформировать у него прежде всего);
- согласование проблемных и ресурсных областей в развитии ребенка (определение того, какие проявления считать проблемными и к каким следует стремиться; «прорисовывание» желаемого образа ребенка);
- согласование поведенческих воздействий в отношении ребенка (определение зон ответственности родителей и педагогов, выяснение того, кому и как воздействовать на ребенка дома, кому и как в школе, чтобы добиваться желаемых в нем изменений).

Психолог организует взаимодействие с родителями и предлагает им для освоения свое информационное поле, в котором представлены различные аспекты возрастной, педагогической и практической психологии, представляющие интерес и ценность для родителей. Он помогает членам семьи изменить воспитательную стратегию.

Эффективная организация работы с родителями предполагает опору на такие основополагающие принципы:

- обеспечения эмоциональной безопасности для родителей. Психологическая работа как неизвестная родителям может вызвать у них страх неопре-

- деленности, новизны. А, как известно, страх изменений у современных россиян и так выражен достаточно сильно. Поэтому поначалу взаимодействие должно быть организовано через знакомые, понятные родителям формы. Если родитель отказывается от взаимодействия с психологом, у него есть на это причины;
- открытости и конгруэнтности психолога. Это означает, что он осознает и принимает свои истинные чувства, поэтому может быть открытым в отношении родителей, а возникающие у него чувства обиды, раздражения, злости, страха в отношении членов семьи он может исключать из процесса взаимодействия. Поэтому психолог дает им право скептически относиться к советам, проявлять в отношении себя различные чувства;
- необходимости мотивирования родителей к взаимодействию с психологом различными способами. Как уже говорилось, большинство родителей не знают ничего о роли психолога и его возможностях. Поэтому может возникнуть либо страх взаимодействия (вдруг психолог увидит то, что не хотелось бы показывать), либо недооценка его значимости, но и в том,

и в другом случае возникает стремление их избежать. Мотивация к взаимодействию с психологом необходима еще и потому, что может актуализировать у родителей собственные внутриличностные конфликты и поэтому должна быть сильнее сопротивления работе.

Нужно использовать знакомые родителям формы работы, т.е. методы, при которых от них потребуется минимальная активность. По мере появления доверия можно включать методы, предполагающие участие родителей, менее определенные и знакомые им.

Разрабатывая программу «Гармония», мы исходили именно из особенностей психического развития дошкольников. Она предполагает использование игровой формы и носит как обучающий, так и оздоровительно-профилакти-

ческий характер. Профилактика предусматривает воздействие на ребенка в период закладки основных компонентов личности, т.е. способствует формированию у него барьера, препятствующего развитию зависимого (аддиктивного) поведения. Данный подход позволяет тратить меньше усилий на предотвращение такого поведения.

Дошкольный возраст предоставляет уникальную возможность для предупреждения развития у ребенка отклоняющегося, зависимого поведения, воспитания здорового образа жизни и позитивных моделей поведения. Однако для этого необходимо, чтобы дети наблюдали данные модели в своем близком окружении, чтобы они их привлекали, и у детей возникало бы желание без постороннего вмешательства строить на их основе игру, подражать им.

### ПРЫЖКИ ПО ЛУЖАМ — ЭТО И ЕСТЬ ЖИЗНЬ!

Играя, ребенок исследует окружающий мир.

Доводилось ли вам видеть здорового ребенка, которому не хотелось бы потоптаться в луже, попрыгать, радуясь летящим во все стороны брызгам, или перепрыгнуть через нее? Давайте разберемся, откуда у детей эта потребность.

Наиболее важная задача мозга — сбор и последующая обработка информации, что составляет суть интеллекта. Именно поэтому ребенок в период своего развития испытывает инстинктивную потребность в том, чтобы получить, а затем обработать как можно больше информации, т.е. чтобы узнать больше.

*Ранко Райович*

## Консультация невролога

### Письмо в редакцию

Рождение ребенка — всегда радость, но, вместе с тем, и сильный стресс для родителей. Через месяц после появления на свет малыша нужно обязательно показать врачам, в том числе неврологу, ведь именно он сможет определить, все ли в порядке у ребенка с нервной системой. Это очень важно, ведь именно последняя управляет множеством таких процессов в организме, как зрение, моторика, дыхание, а также определяет развитие в целом.

На что же следует обратить внимание? Какие вопросы задать врачу, чтобы не упустить момент? Что входит в понятие «нормальное развитие» и где прописаны эти нормы? Вот сколько вопросов возникает у родителей!

После рождения ребенка у меня сразу возникло множество вопросов относительно его развития: «Когда он должен начать держать голову?», «Сколько должен спать?», «Когда должен начинать следить за игрушками, которые ему показывают?» и т.д.

Один из важных вопросов, интересовавших меня, — о тоне

мышц. Как определить, нормален ли он, ведь практически все дети рождаются с повышенным тонусом? Необходимо отслеживать, когда он придет в норму, поскольку как гипер-, так и гипотонус могут привести к двигательным нарушениям, головным болям, косопластии и даже заиканию. Очень важно, чтобы врач рассказал, на что обратить внимание и при каких симптомах требуется лечение.

Еще один вопрос связан с внутричерепным давлением. Несмотря на то что в современном мире существует множество техник и медицинских средств для проведения родовспоможения, роды не всегда проходят гладко. Возможны родовые травмы или гипоксия. А повышенное давление приводит к нарушению деятельности нервной системы. Важно, чтобы были проведены необходимые исследования и назначено лечение во избежание неблагоприятных последствий. Думаю, мамам, дети которых страдают от повышенного внутричерепного давления, нужно знать, чем они могут помочь своему ребенку самостоятельно,

а какие процедуры должны провести специалисты для облегчения состояния малыша.

Каждая мама также хочет знать, какими физиологическими возможностями обладает ребенок на том или ином возрастном этапе. Когда он должен научиться удерживать голову в вертикальном положении, переворачиваться, начать сидеть, ползать, вставать и ходить? Когда задержка появления перечисленных умений входит в категорию нормального развития, а когда свидетельствует о его нарушениях? Очень важно, чтобы врач рассказал родителям о вариантах нормы и возможных отклонениях.

Это лишь несколько вопросов, но они мне кажутся основными для мамы маленького ребенка.

*О.М. Фарафонова,  
молодая мама*

## Ответ

Дорогие будущие и молодые мамы!

Рождение ребенка — не только радость, но и большая ответственность, ведь нужно вырастить его здоровым — и физически, и умственно, и морально.

Нервная система закладывается в начале третьей недели внутриутробного развития. В это

время формируется мозговая пластинка, превращающаяся в нервную трубку.

Формируются нейробласты, из которых на 4-й и 5-й неделях внутриутробного развития образуются нервные клетки. В этот важный период большую роль играют внешние условия. Поэтому любые заболевания и неблагоприятные состояния организма матери и отца до появления эмбриона могут негативно сказаться на развитии ребенка и привести к врожденной патологии.

Состояние ребенка в родах определяется акушерами по выраженности крика, дыханию, сердечной деятельности и оценивается в баллах по шкале Апгар. В норме это 8—10 баллов. Чем меньше баллов, тем больше выявлено отклонений от нормы в родах.

Первый осмотр педиатром новорожденного происходит после родов. При выявлении любых отклонений он должен сообщить об этом родителям. Если ребенок развивается нормально, его нужно показать неврологу в возрасте 1 мес.

Особенностью нервной системы новорожденного служит ее значительная незрелость по сравнению с организмом взрослого. Дальнейшее созревание как бы оставлено на послеродовой период. Детство челове-

ка — самое продолжительное в животном мире. Длительность периода послеродового созревания имеет глубокий смысл: в чрезвычайной неприспособленности новорожденного заложена основа гибкой, дифференцированной адаптации к условиям среды. Можно сказать, что ребенок от рождения не способен ни к чему, но он может и должен всему научиться.

Если ребенок беспокоен, много кричит, с трудом приспосабливается к питанию, режиму сна и бодрствования — врач-невролог должен решить: это симптомы заболевания или нарушения приспособления малыша к новым условиям существования?

Новорожденный произносит гортанные звуки, проявляет удовольствие, радость и огорчение выражением глаз, гримасой, плачем. С 3 мес. ребенок улыбается при ласковом обращении к нему, гулит, берет игрушку руками и тянет ее в рот. В 5—6 — различает близких, в 7—8 — начинает говорить отдельные слоги, с одного года — выполняет инструкции.

Мышечный тонус новорожденного в норме повышен — руки приведены к туловищу, пальцы сжаты в кулаки, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах. В положении на животе ребенок припод-

нимает голову и удерживает ее в таком положении 1—2 с, следит глазами за предметами с опозданием. К 2 мес. нарастает объем активных движений: ребенок периодически разжимает кулаки и отводит руки в стороны. В положении на животе удерживает голову более продолжительное время. Хорошо фиксирует взгляд и прослеживает движущийся предмет, начинает воспроизводить отдельные гласные звуки.

В 3 мес. увеличивается объем движений в конечностях, ребенок хорошо держит голову, поворачивается со спины на бок. Лицо оживляется на звуки голоса, улыбка сопровождается двигательной активностью. В 4 мес. тянется к игрушке и хватает ее. При потягивании за руки садится и сидит с поддержкой. Оживляется в предчувствии еды, улыбается, смеется, издает громкие звуки, произносит гласные.

В 5—6 мес. ребенок сидит при поддержке за одну руку, переворачивается со спины на живот, на животе опирается на разогнутые руки. Отличает знакомые голоса от незнакомых, перекидывает игрушки из руки в руку.

В 7—8 мес. малыш уверенно сидит, самостоятельно садится, при поддержке встает на ноги, некоторое время может стоять с

опорой, ползает, хлопает в ладоши.

В 9—10 мес. ребенок ползает, поднимается, встает на ноги с поддержкой, выполняет простые задания, понимает запрет, произносит несколько простых слов.

В 11—12 мес. малыш стоит, самостоятельно ходит, держась за руку взрослого, знает названия многих предметов, слушает музыку, сам ест, держа в руке ложку.

Все выше перечисленное характерно для нормального развития здорового ребенка. В возникновении и формировании патологии плода большую роль играют сроки воздействия вредных факторов. При токсикозах тяжело страдают плацента и питание растущего плода. Гипоксия плода и новорожденного — сложный многофазный процесс.

Различают асфиксию:

- внутриутробную;
- развившуюся в родах;
- наблюдаемую после рождения.

При любой патологии плода детский невролог при осмотре обязательно обнаружит определенные симптомы. Поэтому необходимо приводить малыша на осмотр в 1 мес., 3, 6 и в 1 год. При появлении жалоб можно проконсультироваться у невролога в любое время.

Степень последующего развития детей с повреждением ЦНС зависит от многих условий. Основное значение имеют тяжесть повреждений, локализация патологического процесса, своевременность диагностики неврологических нарушений и их лечение.

Для выявления скрытой патологии ЦНС новорожденные должны пройти УЗИ головного мозга, нейросонографию (проводится в 1 мес.).

Правильный уход за детьми первого года жизни, регулярное посещение детского невролога, проведение профилактических мероприятий — гарантия того, что ваш ребенок вырастет здоровым. Только не занимайтесь самолечением, это очень опасно для грудных детей!

И еще... Чем меньше ребенок, тем сильнее он реагирует на внешние раздражители. В доме, где есть малыш, говорить надо полупшепотом, дотрагиваться до него нужно осторожно, мягко, нежно. Не допускайте криков, громких звуков, резких движений. Чем спокойнее родители, тем спокойнее дети.

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

## Винни-Пух и все-все-все типы привязанности

**Барышева С.Б.,**

*клинический психолог ГАУЗ МО «Подольский наркологический диспансер», г. Подольск Московской обл.*

---

*Аннотация.* В статье представлены различные типы привязанности детей, механизмы их возникновения на примере героев сказки А. Милна «Винни-Пух и все-все-все».

*Ключевые слова.* Надежная привязанность, ненадежные тревожно-амбивалентная и избегающая привязанности, психическое развитие.

---

Всеми любимая сказка про Винни-Пуха и его друзей — не только кладезь цитат и афоризмов, но и наглядная иллюстрация типов привязанности. По всем признакам бодрый Винни-Пух обладает надежной привязанностью, меланхоличный Иа-Иа проявляет ненадежный избегающий тип, а нервозному Пятачку свойственна, скорее, ненадежная тревожно-амбивалентная привязанность.

Расскажем немного о самом феномене привязанности, которая зарождается в раннем возрасте. Между ребенком и взрослым, чаще всего матерью, устанавливается эмоциональная связь, особенно сильно проявляющаяся, когда он ищет утешения при переживании тревоги и страха,

в случаях новизны ситуации, опасности, стресса. Привязанность дает ощущение защищенности, безопасности, комфорта. Поскольку психика младенца только формируется, и он еще не обладает способностью к саморегуляции, привязанность к взрослому с первых месяцев жизни становится катализатором психического развития.

В формировании того или иного типа привязанности играют роль как темперамент ребенка и другие биологически обусловленные особенности, так и способ взаимодействия с ним значимого лица, чуткость и отзывчивость взрослого. Важно и то, какой тип привязанности сложился у последнего в раннем детстве по отношению к его ро-



дителям, поскольку ранняя модель привязанности переносится на значимые отношения в последующей жизни.

Типы привязанности определяются степенью доверия к миру, чувством безопасности и готовностью исследовать окружающую обстановку при обращении за поддержкой к матери или замещающему ее лицу. Современные исследования подтверждают, что надежная привязанность облегчает интеграцию ребенка в среду сверстников, а ненадежная — создает препятствия в общении с другими детьми и взрослыми.

Давайте вернемся к героям сказки А. Милна «Винни-Пух...» и попытаемся на их примере рассмотреть типы привязанности.

Винни-Пух активен, весел, предприимчив, он легко идет на контакт с окружающими и не ждет подвоха с их стороны. Он вполне доволен собой и не страдает от комплексов, а его самооценка, возможно, даже чуть выше его реальных способностей. «У меня правильнописание хромает. Оно хорошее, но почему-то хромает», — отвечает Винни на вопрос Совы о том, умеет ли он писать. Однако и самоиронии ему не занимать.

Винни производит впечатление разностороннего гармонич-

ного персонажа с надежным типом привязанности. Если пофантазировать о его детстве, можно предположить, что мама-медведица внимательно воспринимала сигналы своего ребенка, верно их интерпретировала и своевременно на них реагировала, была чуткой, нежной, эмоциональной. Вероятно, она давала Винни достаточно свободы, поощряла его исследовательское поведение, веселье и маленькие шалости, всегда была готова обнять, успокоить ребенка и позаботиться о нем, когда он пугался незнакомых зверей или непривычной ситуации.

Как подтвердили многочисленные эксперименты, в которых участвовали дети в возрасте от 1 до 1,5 лет, малыши с надежной привязанностью на расставание с мамой (или замещающим ее человеком) реагируют плачем, зовут и ищут ее, испытывая явный дискомфорт. Но когда она возвращается, радостно ее встречают, протягивают к ней руки, просят утешения, а через некоторое время возобновляют игру, прерванную уходом матери.

Совсем иной тип привязанности сформировался у ослика Иа-Иа, у которого наблюдается депрессивная симптоматика. Ниже приведено несколько примеров его высказываний:

«Жалкое зрелище. Душераздирающее зрелище. Кошмар! (Переходит озеро вброд.) Ну вот, я так и думал. С этой стороны ничуть не лучше...», «Доброе утро, Винни-Пух. Если оно вообще доброе. В чем я лично сомневаюсь...».

Меланхоличный, замкнутый, недовольный собой и окружающими Иа-Иа, скорее всего, воспитывался достаточно холодными, отстраненными родителями. Или, может быть, ухаживающие за осликом взрослые постоянно менялись. Это наводит на мысль о сформировавшемся у Иа-Иа избегающем типе (одном из двух видов ненадежной).

Дети с этим типом привязанности не огорчаются при разлуке с матерью (или замещающим ее лицом), но игнорируют ее при встрече. В их отношениях есть отчуждение, они не испытывают чувства безопасности. Парадоксально, но факт: несмотря на отсутствие протеста и яркой реакции на расставание, дети переживают этот момент как стресс, о чем свидетельствуют показатели физиологических и психологических изменений в их реакциях. Получается, что ребенок с избегающим типом ненадежной привязанности испытывает всю гамму чувств, что и дети с надежной привязанностью, только не демон-

стрирует их.

Избегающий паттерн привязанности — поведенческая стратегия ребенка, которая помогает ему приспособиться к раннему окружению. Малыш хочет быть ближе к родителям, но они не удовлетворяют его потребности, поэтому увеличение дистанции служит компромиссом. Ребенок может оставаться в контакте с родителями, не раздражая их. Можно наблюдать, как он сдерживает свои естественные поведенческие проявления: не протестует при расставании с родителем, не кричит и не плачет, не цепляется за него. Дети с избегающей формой привязанности зачастую защищаются от своих аффектов (сильных чувств) с помощью когнитивных процессов.

В подростковом и взрослом возрасте такой человек может выглядеть отстраненным, замкнутым, сухим, предпочитающим чтение книг живому общению, он любит философствовать на отвлеченные темы, оперировать абстрактными понятиями, но с трудом может выразить собственные чувства. На вопрос «Ты меня любишь?» такой человек с большой долей вероятности предпочтет уклончиво ответить: «А что такое любовь? Как ее оценить или измерить?»

Еще один вид ненадежной привязанности — тревожно-амбивалентный. Больше всего он соотносится с образом Пятачка. В сказке он изображается нервным, тревожным, боязливым, немного неуверенным в себе и зависимым от других. Дети с этим типом привязанности гневно реагируют на уход матери (или замещающего ее лица), но не идут на контакт с ней при встрече. Сопротивляются, когда она берет их на руки, хотя, очевидно, требуют внимания. Ребенок демонстрирует двойственное отношение к матери и отсутствие чувства безопасности. Детям с тревожно-амбивалентной привязанностью свойственна повышенная эмоциональность, когда чувства захлестывают разум и нарушают когнитивные процессы.

Можно предположить, что амбивалентность, или двойственность, могла возникнуть в отношениях между Пятачком и его мамой вследствие гипертрофированной опеки с ее стороны. Возможно, мама привязывала его к себе сверх меры, избыточно контролировала и слабо замечала стремление ребенка отделяться от нее и исследовать окружающий мир. Не исключено, что мама-свинка воспитывала Пятачка одна, и

ребенок в какой-то степени был для нее надежной эмоциональной базой, которую она боялась потерять.

Тревожность мамы в сочетании с естественными импульсами ребенка приводит к тому, что Пятачок одновременно и желает отделения от мамы, и противится сепарации.

Безусловно, индивидуальные особенности ребенка вносят определенный вклад во взаимодействие и формирование привязанности. Справедливости ради следует отметить, что беспокойный младенец, испытывающий проблемы с едой или сном, постоянно кричащий, будет испытанием даже для очень чуткой матери.

В то же время, по мнению современных исследователей, ненадежный паттерн привязанности с большей долей вероятности может закрепляться в случаях, когда ребенок испытывает потребность в близости и безопасности, тревожится в пугающих ситуациях, а взрослый либо не реагирует на это, либо реагирует неадекватно. Конечно, здесь стоит говорить не о единичных эпизодах, а о повторяющихся ситуациях в жизни ребенка. В зоне риска оказываются дети, которые регулярно или на долгое время разлучаются со значимыми

взрослыми, воспитывающиеся в детских домах или имеющие психически нездоровых (неустойчивых) родителей.

Итак, рассмотренные три типа привязанности (надежная,

ненадежные избегающая и тревожно-амбивалентная) — своеобразные адаптационные стратегии, находящиеся в рамках нормы и позволяющие ребенку приспособиться к окружению.

## Развитие лексической стороны речи детей раннего возраста с использованием фольклорных жанров

**Суздальцева Л.В.,**

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

---

*Аннотация.* В статье рассматриваются вопросы применения фольклорных произведений в лексическом развитии детей раннего возраста, раскрываются задачи словарной работы, приводятся примеры использования малых фольклорных жанров в режимных процессах ДОО.

*Ключевые слова.* Речь, лексическое развитие, обогащение словаря, активизация словаря, уточнение словаря, устное народное творчество, фольклор, ранний возраст.

---

Овладение речью — одно из главных достижений в развитии ребенка раннего возраста. Речь — сложная система, позволяющая обозначить различные явления внешнего и внутреннего мира, следовательно, выразить и осознать их. Даже первые детские слова несут в себе элемен-

ты обобщения, отражают работу мысли. Осваивая речь, ребенок овладевает знаковой системой, которая становится мощным средством развития сознания, мышления, общения, управления своим поведением.

В федеральном государственном образовательном стандарте

дошкольного образования, утвержденном Приказом Минобрнауки России от 17.10.2013 № 1155, речевое развитие рассматривается как одна из основ содержания дошкольного образования. Оно включает овладение речью как средством общения и культуры; обогащение активного и пассивного словаря. Конечный результат речевого развития — формирование качественной устной речи. Речевая функция столь важна для ребенка, что овладение ею можно считать одной из ведущих линий развития в первые годы жизни. Основные задачи ее развития — воспитание звуковой культуры речи, обогащение и активизация словаря, формирование грамматического строя — решаются на протяжении всего раннего детства.

Огромное значение в общеречевом развитии детей раннего возраста имеют обогащение и активизация словарного запаса, поскольку в становлении речи важным периодом выступают первые три года жизни ребенка. К этому сроку в основном заканчивается анатомическое созревание речевых областей мозга, ребенок накапливает большой запас слов.

Вопросу формирования словаря детей раннего возраста посвящены многочисленные работы психологов, педагогов

и лингвистов: Л.С. Выготского, А.Н. Гвоздева, А.Н. Леонтьева, Ф.А. Сохина, Е.И. Тихеевой, О.С. Ушаковой, В.И. Яшиной и др. Исследователи подчеркивали, что словарная работа направлена на создание лексической основы речи и занимает важное место в общей системе работы по речевому развитию детей. Овладение словарем — необходимое условие умственного развития, поскольку содержание исторического опыта, присваиваемого ребенком в онтогенезе, обобщено и отражено в речевой форме и прежде всего в значениях слов.

Задачи лексической работы в детском саду были определены в трудах М.М. Кониной, О.И. Соловьевой и Е.И. Тихеевой и уточнены в последующие годы.

*Задачи лексической работы с детьми раннего возраста*

- Обогащение словаря новыми словами, усвоение детьми ранее неизвестных слов, а также новых значений ряда слов, уже имеющих в их лексиконе. Словарь обогащается, в первую очередь, за счет общеупотребительной лексики (названия предметов, признаков и качеств, действий, процессов и др.), а также при непосредственном ознакомлении детей с окружающей действительностью в процессе познавательной деятельности.

• Закрепление и уточнение словаря. Эта задача обусловлена тем, что у детей слово не всегда связано с представлениями о предмете. Они часто не знают точного его наименования. Поэтому необходимо углубление понимания уже известных слов, наполнение их конкретным содержанием на основе точного соотношения с объектами реального мира, дальнейшего овладения обобщением, которое в них выражено, развития умения пользоваться общеупотребительными словами. Дети раннего возраста в силу своих особенностей нуждаются в многократном повторении слов для их запоминания. Это относится, прежде всего, к трудным для них словам: собирательным («мебель», «посуда» и т.д.) и отвлеченным («тишина», «добродетель» и т.д.) существительным, числительным и др.

• Активизация словаря. Усваиваемые детьми слова делятся на две категории: пассивный (слова, которые ребенок понимает, связывает с определенными представлениями, но не употребляет) и активный словарь (слова, которые ребенок не только понимает, но активно, сознательно при всяком подходящем случае употребляет в речи). Важно, чтобы именно в последний и вошло новое слово. Это происходит только в том случае, если оно будет

закреплено и воспроизведено им в речи. Ребенок должен не только слышать речь воспитателя, но и воспроизводить ее много раз, поскольку при восприятии участвует, в основном, только слуховой анализатор, а в разговоре еще и мускульно-двигательный и кинестетический анализаторы.

Новое слово должно войти в словарь в сочетании с другими словами, чтобы дети привыкли употреблять их в нужных случаях.

Следует обращать внимание на уточнение значения слов, а также на усвоение их оттенков, развитие гибкости словаря, употребление слов в связной речи, речевой практике. Перечисленные выше задачи взаимосвязаны и решаются на практическом уровне, без употребления соответствующей терминологии.

Обратиться к истокам общечеловеческой культуры помогает художественная литература, в первую очередь, произведения фольклорных жанров. Они имеют огромное познавательное, воспитательное, эстетическое значение, способствуют развитию образного мышления, обогащают речь детей. Фольклорные жанры в русском языке очень разнообразны: это былины, сказки, легенды, песни, предания, частушки, потешки, колыбельные, попевки, загадки и др. Их

язык прост, точен, выразителен. Устное народное творчество — ценность, передающаяся из поколения в поколение. Это то, что мы должны беречь, преумножать и использовать в речевой работе с детьми.

Вопросы речевого развития дошкольников средствами малых форм фольклора рассматривались в работах А.М. Бородич, М.К. Боголюбской, Е.Н. Водозовой, Ю.Г. Илларионовой, Ф.А. Сохина, Е.И. Тихеевой, А.П. Усовой, О.С. Ушаковой, К.Д. Ушинского и других, которые неоднократно подчеркивали их высокие педагогические качества. Актуальность проблемы обусловлена ее большой социально-педагогической значимостью, поскольку развитие словаря играет большую роль в организации и развитии деятельности ребенка, в процессе его социальной адаптации.

К сожалению, в век технического прогресса, когда наблюдается приобщение детей с ранних лет к пользованию гаджетами, постепенная потеря традиции семейного чтения, снижение интереса воспитателей к истокам народной культуры, недостаточно глубокое изучение студентами педагогических колледжей дисциплины «Детская литература» (по причине сокращения учебных часов на предмет), фоль-

клор как богатейшая культурная ценность стали уходить из жизни нашей и детей.

Произведения устного народного творчества создавались с целью развития двигательной активности ребенка, которая теснейшим образом связана с формированием речевой активности. Чем больше мелких и сложных движений пальцами выполняет малыш, тем больше участков мозга включается в работу. Немаловажное значение фольклорных произведений состоит в том, что они удовлетворяют потребность ребенка в эмоциональном и физическом контакте со взрослыми. Большинство детей по своей природе кинестетики: они любят, когда их гладят, прижимают к себе, держат за руки.

Малые фольклорные жанры дают образцы ритмичной речи, знакомят детей с красочностью и образностью родного языка. Потешки, песенки, прибаутки воспитывают дружелюбие, доброжелательность, чувство сопереживания, формируют культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания. Еще не понимая смысла, малыш с радостью слушает народные песенки и потешки про котика, петушка, Ванечку, с удовольствием выполняет первые «гимнастические упражнения» под ритм пестушек, тем самым приобщаясь



к родному языку, улавливая его мелодичность и ритм.

Методика работы с фольклором в группе раннего возраста имеет свои особенности. Третий год жизни приносит важнейшие качественные изменения в развитии ребенка: интенсивно формируются наглядно-образное мышление и воображение; жизнь обогащается опытом, переходящим в образный план; возникает способность воспринимать мир в его действительности. В связи с этим литературные произведения становятся средством познания и художественного отражения действительности, выраженной в слове и через него.

При использовании в речевой работе с детьми малых фольклорных жанров педагог должен соблюдать следующие рекомендации.

- Прежде всего взрослый должен хорошо знать текст, выразительно его исполнять и, если требуется, ярко изображать то, о чем говорит. Чтение произведений устного народного творчества требует большого умения. В соответствии с содержанием, формой, языком потешки, песенки, прибаутки, пестушки произносятся просто, ласково, весело, эмоционально, близко к живой разговорной речи. Чтение произведений проводится в форме теплой беседы, веселой,

увлекательной игры, при произношении слова, которое должно совпадать с моментом производимого ребенком движения или действия.

- Дети произносят текст вместе, подражая движениям взрослого. Необходимо сразу учить их выразительности речи, выделять наиболее важные слова, т.е. ставить логические ударения, в зависимости от образа менять силу голоса (громко — тихо).

С помощью произведений малых фольклорных жанров можно закреплять и активизировать лексический материал по темам: «Одежда», «Обувь», «Мебель», «Игрушки», «Предметы личной гигиены», «Спальные принадлежности», «Посуда», «Овощи», «Фрукты», «Домашние животные», «Детеныши домашних животных», «Транспорт».

Например, можно провести занятие по потешке «Наша Маша маленька...». Задачи: помочь детям понять ее содержание, обратить внимание на слова «аленька», «чернобровая», вызвать желание слушать потешку неоднократно.

В первой части занятия воспитатель показывает детям куклу в красном зимнем пальто, отделанном мехом. Дети повторяют (хором и индивидуально) слова: «шубка аленька», «опушка бобровая», «Маша чернобровая».

Маша «снимает» «алую шубку» и дает ее «поносить» кому-нибудь из девочек. Теперь, повторяя потешку, воспитатель называет имя девочки, у которой «алая шубка». Затем ребенок передает шубку следующей девочке (по своему выбору). Эта игра доставляет малышам радость, усиливает желание слушать потешку многократно.

Следует отметить что дети 2—3 лет не могут воспринимать быструю речь (например, скороговорки). Поэтому потешки, народные песенки, пестушки, прибаутки, заклички произносятся неторопливо, отчетливо, чтобы детям был ясен смысл каждого слова. Строго соблюдаются логические, психологические и ритмические паузы, четко выделяется главное слово в предложении, чтобы ребенок обратил на него внимание и чтобы оно отложилось в его памяти.

На развитие лексической стороны речи детей существенно влияют игры-инсценировки. В их основу положены жизненные ситуации, которые сопровождаются знакомыми детям песенками, прибаутками, потешками. Они обогащают представления детей об окружающем, активизируют речь. Так, например, читая потешку «Пошел котик на торжок», воспитатель приносит в группу игрушечного котика с

перевязанным горлом и просит детей полечить его. Дети вместе с педагогом достают из аптечки лекарства и «лечат» котика. Воспитатель играет роль доктора.

Доктор. У котика заболело горлышко. Он пил холодное молочко и простудился. Давайте пожалеем его. Вот тебе, котик, лекарство. Пей по одной ложечке и будешь здоров. Какой красивый стал наш котик! Шерстка у него гладкая, блестящая.

Как у нашего кота  
Шубка очень хороша,  
Как у котика усы  
Удивительной красоты,  
Глаза смелые,  
Зубки белые.

Колыбельные также помогают развивать речь детей раннего возраста. Они обогащают словарь, ведь именно в песнях содержится широкий круг сведений об окружающем мире.

Детям нравится, когда воспитатель берет куклу или мишку на руки и, покачивая ее (его), начинает ласково и выразительно петь:

Баю, баю, баю-бай.  
Ты, собачка, не лай.  
Белолоба, не скули,  
Мою дочку не буди.

Дети имитируют лай собачки, дружно просят ее: «Ты, собачка, не лай, белолоба, не скули». По-

сле такого обыгрывания колыбельной малыши быстрее запоминают песни и переносят их в повседневную игру.

Не все дети охотно ложатся спать, поэтому при их укладывании можно погладить ребенка по голове и спеть:

Спи, Машенька, почивай,  
Крепко глазки закрывай!  
А вы, котики, не спите,  
Нашу Машу стерегите.

Баю, баюшки, баю,  
Песню деткам пою.  
Все ласточки спят,  
Все касаточки спят,  
Нашим деткам спать велят.

Фольклор используют и в целях воспитания у детей положительного отношения к режимным процессам. При подготовке к обеду используют такие приговорки:

Водичка, водичка,  
Умой мое личико,  
Чтобы глазоньки блестели,  
Чтобы щечки краснели,  
Чтоб смеялся роток,  
Чтоб кусался зубок!

Это — ложка, это — чашка.  
В чашке — гречневая кашка.  
Ложка в чашке побывала —  
Кашки гречневой не стало!

Дети с удовольствием осваивают навыки гигиены. При этом бытовой словарь пополняется

словами, обозначающими части тела, действия, предметы личной гигиены и одежды.

Гуляя с детьми, их внимание обращают на различные чудеса природы. Есть много попевок, закличек, песен о природе, и, чтобы ребенок острее почувствовал красоту цветка, бабочки, воспитатель обращается к произведениям устного народного творчества:

Пчелка, пчелка, дай нам меда,  
Чтоб полна была колода!  
Будем мы медок есть,  
приговаривать:  
«Ах, какая наша пчелка  
работящая!»

Бабочка-красавица,  
Что ж тебе не нравится?  
Кружишься, не садишься,  
Чего же ты боишься?  
Вот тебе ладошка,  
Отдохни немножко!

При этом словарь детей пополняется названиями явлений природы, существительными, обозначающими животных, насекомых.

Потешка, прибаутка, пестушка способны регулировать эмоции детей. Иногда дети ссорятся или кто-то плачет. В таких ситуациях с помощью малых фольклорных жанров воспитывают доброжелательное отношение друг к другу, чувство сопереживания к заплакавшему ребенку:

Не плачь, не плачь,  
Куплю калач.  
Не плачь, дорогой,  
Куплю другой.  
Не плачь, не кричи,  
Дам тебе три.

Придет киска не спеша  
И погладит малыша.  
Мяу-мяу — скажет киска, —  
Наша детка хороша.

На случай ссоры используют  
приговоры-мирилки:

Мизинчик, мизинчик,  
Пойдем в магазинчик,  
Купим конфетки,  
Чтоб не ругались детки!

Эй, мирись, мирись, мирись!  
Ну-ка, пальчик, покажись!  
Помириться помоги,  
Друга, пальчик, обними!  
Вы, мизинчики, — друзья,  
И ругаться вам нельзя!

Таким образом, расширение, уточнение и активизация словаря могут осуществляться во всех видах детской деятельности. Богатые лексическим материалом малые формы фольклора способствуют познанию окружающего мира детьми. Они усваивают словесные обозначения предметов и явлений действительности, их свойств, связей и отношений.

Таким образом, нужно отбирать фольклорный материал для речевой работы с детьми ранне-

го возраста, проектировать на его основе содержание образовательных ситуаций, выявлять воспитательный потенциал произведений устного народного творчества для поддержки культурных практик.

## Литература

- Бородич А.М.* Методика развития речи детей. М., 1981.
- Григорьева Г.Г., Кочетова Н.П., Груба Г.В.* Игруем с малышами: Игры и упражнения для детей раннего возраста: Пособие для воспитателей дошкол. образоват. учреждений и родителей. М., 2003.
- Иванова Г., Курашова В.* Водичка, водичка, умой мое личико // Дошкольное воспитание. 2009. № 5.
- Тихеева Е.И.* Развитие речи детей / Под ред. Ф.А. Сохина. М., 1981.
- Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования: Утвержден Приказом Минобрнауки России от 17.10.2013 № 1155 // Российская газета. 2013. № 265 (25 ноября).
- Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / Сост. М.М. Алексеева, В.И. Яшина. М., 1999.
- Янушко Е.А.* Развитие речи у детей раннего возраста (1—3 года): Метод. пособие для воспитателей и родителей. М., 2012.

# Формирование математических представлений у детей третьего года жизни

**Шаркова В.А.,**  
*учитель-дефектолог, учитель-логопед*  
*ГБОУ «Школа № 1394», Москва*

---

*Аннотация.* В статье рассматриваются этапы формирования математических представлений у детей третьего года жизни, дается дидактический материал, который поможет в работе по данному направлению, предлагается система игр-занятий на последовательное развитие у детей раннего возраста восприятия цвета, формы и величины.

*Ключевые слова.* Начальные количественные представления, величина, форма, предметно-манипулятивная игра.

---

Основная форма занятий с детьми третьего года жизни — игры с предметами и их изображениями. Малышей можно объединять в группы по 5—7 человек.

Представления о величине формируются у детей на основе действий, которые они выполняют в процессе сравнения. Эти действия вырабатывают у них умения классифицировать, группировать.

Для определения величины предмета необходимо выбрать эталон, т.е. предмет, с которым сравниваются все другие предметы. Воспитатель обращается

к детям: «Все игрушки будем сравнивать с лисичкой. Те, которые меньше лисички, положим в коробку, а те, которые больше, — на стол». С этой же целью можно использовать нанизывание колец с уменьшением по величине, складывание трехместной матрешки, нанизывание больших и маленьких бус и др.

Закрепить знания о размере предметов помогает рассматривание картинок, фотографий, иллюстраций в книгах. После чтения детям сказки «Репка» или «Три медведя» можно организовать беседу по картинкам: «Посмотри, какая большая выросла

репка. Покажи руками, какая она большая. Вот какая большая! Кто пришел тянуть репку из земли? Покажи на картинке дедушку. Он самый большой. Скажи, что дед самый большой. А кто последний прибежал? Мышка большая или маленькая? Покажи руками, какая мышка маленькая. Она маленькая, но помогла деду, бабке, внучке, Жучке и кошечке вытянуть репку».

Умение ребенка сравнивать предметы по размеру закрепляется в процессе его продуктивной деятельности (лепка, рисование) и, конечно, в самостоятельных играх.

Большую роль в развитии ребенка этой возрастной группы играют группировка и сравнение предметов по форме. При этом используются как предметная, так и элементарная продуктивная деятельность, особенно рисование и составление узоров из мозаики.

Трехлетки уже умеют ориентироваться в окружающем пространстве с учетом двух свойств — формы и величины или формы и цвета. Дети третьего года жизни любят играть с глиной и песком. Из песка они «пекут пирожки», а из глины делают игрушки: печенье, блины, грибы, пирамиды и др. Воспитатель или мама помогает, постепенно обучая их делать это само-

стоятельно. Дети понимают, что шар круглый, палочка длинная и одновременно круглая и т.д. Если с малышами заниматься систематически, к трем годам у них развиваются способности к обучению. Это видно из того, что дети внимательно прислушиваются к объяснениям воспитателя, следят за его показом и легко воссоздают образец.

В играх-занятиях со строительным материалом дети могут накладывать одни детали на другие, выкладывать их в ряд, понимать назначение строительного материала, производить более сложные постройки из большого количества строительного материала разной формы. Так, они строят дорожку для куклы, комнату для матрешки, берлогу для медведя, кресло для котика, будку для собачки.

Таким образом, разнообразная деятельность детей дает возможность подготовить их к систематическому, более полному ознакомлению с формой предмета.

С первых шагов обучения важно показать ребенку разницу понятий «один» и «много», вырабатывать у него навыки отображения этих отношений в речи. Взрослый ставит на стол одну матрешку и 3—4 кубика, предлагает малышу сказать, каких предметов тут много, а какой один.

В процессе выполнения разнообразных упражнений можно научить детей понимать вопрос «Сколько?» («Сколько стало?», «Сколько осталось?», «Каких игрушек меньше?», «Каких больше?»). Когда они научатся различать и сравнивать понятия «один» и «много» в специально созданных условиях, можно использовать настоящие предметы: посуду в буфете, книги на полке, игрушки на ковре.

На прогулке можно обратить внимание детей на то, что лавочек много, а песочница одна. Воспитатель предлагает ребенку принести одну веточку (шишку, листочек, камешек), еще одну и еще одну. Объединяет их и задает вопрос: «Сколько стало?» — «Много».

В результате систематической работы дети усваивают начальные количественные представления, учатся составлять множества из отдельных предметов, быстро находить вокруг себя *один* и *много* предметов, устанавливать равенство и неравенство между двумя множествами путем накладывания, отображая свои действия в речи.

На третьем году жизни ребенок при восприятии пространства постепенно начинает овладевать словесной системой отсчета. Непосредственное перемещение к объекту для уста-

новления контакта с ним сменяется сначала поворотом туловища, а потом указательным движением. На смену широкому указательному жесту приходят менее заметные движения руки; они сменяются легким движением головы и, наконец, только взглядом, обращенным в сторону предмета.

Для ребенка третьего года жизни особое значение имеют задачи, связанные с расширением активного словаря, включающего «пространственную» терминологию. В таких играх дети узнают, как обозначить пройденное расстояние. Соединение движений и слова способствует усвоению малышом пространственных категорий. Для развития навыков ориентировки в пространстве можно рекомендовать такие игры и упражнения: «Украсим кукле комнату» или «У куклы новоселье». Взрослый предлагает детям разместить мебель в середине комнаты, по углам, с боку и т.д. Возле стола — стулья, на столе — посуда. Игры со строительным материалом дают возможность закрепить у детей знания о направлениях и отношениях в размещении предметов.

На втором-третьем году жизни продолжается формирование у детей навыков ориентировки во времени. Повседневное общение



с ребенком, а особенно специальные занятия с ним, дают возможность ввести сначала в пассивный, а потом в активный словарь ребенка слова, характеризующие разные временные отрезки: *скоро — нескоро, сейчас — потом, день — ночь, сегодня — завтра, лето — зима* и т.д.

Формирование у детей временных представлений — достаточно сложное дело, так как время не имеет наглядности. Оно познается в основном опосредованно, через содержание деятельности, наполняющей определенный временной отрезок: ночью спят, утром идут в детский сад, а вечером возвращаются домой. Однако дети третьего года жизни уже понимают и правильно используют глаголы настоящего, прошедшего и будущего времени: мы ходили, мы идем, мы пойдем. Представления малышей о времени различные. Чем больше с ребенком общаются, выделяя специальные слова, обозначающие время, тем выше у него уровень ориентировки в нем. Большое значение при этом имеет игра.

Так, в игре «Когда это бывает?» можно закрепить характерные особенности частей суток. Для этого подбирают разнообразные иллюстрации. Можно задать такие вопросы: «Что ты делаешь, когда просыпаешься

утром?», «Что делаешь днем?», «Что делает днем твой папа?», «Что делает днем твой брат Саша?» («Брат, который учится в школе»).

Игры и упражнения на ориентировку во времени требуют многократных повторений. Здесь не следует спешить. Важно, чтобы ребенок использовал специальные термины осознанно.

В книге «Система коррекционной работы с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития» Т.А. Датешидзе отмечает, что мышление детей от 2 до 3 лет носит преимущественно наглядно-действенный характер. Основная форма познавательной деятельности — предметно-манипулятивная игра — самостоятельная игра ребенка, в ходе которой он, манипулируя, практически соотносит предметы по размеру, форме, знакомится с их внутренним устройством.

Очень важно создать условия для организации такой игры, ведь именно в ней развивается интеллект ребенка.

У детей с задержкой речевого развития пропедевтика элементарных математических представлений должна осуществляться особенно системно, поскольку словарь таких детей минимален, и формирование понятийного и активного словаря идет параллельно с форми-

рованием математических представлений.

Задачи этого раздела коррекционной работы: формировать основные сенсорные эталоны, учить обозначать их словом.

1. Эталонные формы:  
— объемные (куб, шар, кирпичик);  
— плоские (круг, квадрат, треугольник, овал).

2. Эталонные величины:  
— большой — маленький, длинный — короткий, высокий — низкий, больше — меньше, длиннее — короче, выше — ниже;

- сопоставление по величине 3—4 предметов с разницей от  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{1}{4}$  от каждой предыдущей величины.

3. Эталоны цвета: дети узнают и соотносят красный, желтый, зеленый, синий, черный, белый, розовый, фиолетовый, оранжевый цвета.

Дети должны научиться сравнивать множества: «один — много», «один — два», «один — два — три».

Очень важны игры на обобщение признака: «Выбери все красные фигуры», «Выбери все большие фигуры», «Выбери все квадраты».

Труднее дается детям обобщение на основе функции: «Выбери тех, кто живет в лесу» (из фигурок животных).

Работа по формированию математических представлений тесно связана с развитием навыков конструктивного и ориентировочного праксиса.

Э.Г. Пилюгина предложила систему игр-занятий на последовательное развитие у детей раннего возраста восприятия цвета, формы и величины. Темы и задачи развития математических представлений у детей раннего возраста представлены в таблице.

*Таблица*

**Игры-занятия с детьми третьего года жизни**  
(Э.Г. Пилюгина)

Тема игры-занятия	Основная дидактическая задача	Возраст
1	2	3
Соотнесение предметов двух заданных форм и величин при выборе из четырех	Соотнесение предметов по величине и форме	2 года

*Окончание табл.*

1	2	3
Соотнесение предметов двух заданных форм при выборе из четырех	Соотнесение предметов по величине и форме	2 года
Раскладывание однородных предметов разного цвета на две группы	Группирование предметов по цвету	2 года 1 мес.
Размещение двцветных грибков в отверстиях столиков соответствующего цвета	Соотнесение предметов по цвету	2 года 2 мес.
Выкладывание цветной мозаики на тему «Куручка и цыплята»	Обозначение свойств предметов с помощью цвета	—//—
Рисование красками на определенную тему	Изображение свойств предметов с помощью цвета	2 года 4 мес.
Изготовление бус	Группирование предметов по цвету	2 года 6 мес.
Группирование предметов по цвету	Соотнесение предметов по цвету	2 года 7 мес.
Нанизывание больших и маленьких бусин	Чередование предметов по величине	—//—
Нанизывание бусин разной формы	Чередование предметов по форме	2 года 8 мес.
Нанизывание бусин разного цвета	Чередование предметов по цвету	2 года 9 мес.
Рисование красками по замыслу	Изображение с помощью цвета признаков предметов	—//—

Таким образом, систематические игровые сеансы, направленные на формирование математических представлений и проводимые в течение года, позволяют детям повысить уровень познавательной активности и в большинстве случаев выйти из задержки речевого развития.

## Литература

*Громова О.Е.* Формирование элементарных математических представлений у детей раннего возраста. М., 2006.

*Датешидзе Т.А.* Система коррекционной работы с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития. СПб., 2004.

*Павлова Л.Н.* Развивающие игры-занятия с детьми от рождения до трех лет. М., 2010.

*Пилюгина Э.Г.* Игры-занятия с малышом от рождения до трех лет. М., 2010.

*Хомякова Е.Е.* Комплексные развивающие занятия с детьми раннего возраста. М., 2011.

*Янушко Е.А.* Сенсорное развитие детей раннего возраста. М., 2011.

## СОВЕТЫ ПО РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ

- Разговаривайте с грудным ребенком так, как будто он вас понимает.
- Подвижность способствует умственному развитию детей.
- Всегда полезнее помочь ребенку преодолеть какое-то препятствие, чем освободить ему путь.
- Преувеличенная осторожность вредна. Мудрость родителей состоит в том, чтобы найти грань между осторожностью и чрезмерной осторожностью.
- «Работа» ребенка — игра. Он эффективно учится, если не думает об учении, то есть в игре.
- Сделайте так, чтобы ребенок гордился своими достижениями, развивайте в нем уверенность в себе.
- Репродуктивное обучение почти бесполезно для мозга.
- Нужно достаточно свободы, чтобы ребенок мог познавать мир.
- Учителя должны быть авторитетом для детей.
- Нужно обучать родителей и напоминать им о важных вещах, поскольку заблуждения и ошибки в воспитании детей иногда трудно исправить.

*Ранко Райович*

## Изучение психического развития детей с ОНР

**Колягина В.Г.,**

*канд. психол. наук, преподаватель кафедры  
олигофренопедагогики и специальной психологии  
Института детства ФГБОУ ВО «Московский  
государственный педагогический университет»,  
Москва*

---

*Аннотация.* В статье раскрываются специфика психологических особенностей детей с общим недоразвитием речи и взаимосвязь воспитания с эмоционально-личностным становлением детей этой категории.

*Ключевые слова.* Общее недоразвитие речи, психологическое развитие, осложненные неврологические нарушения.

---

Изучение психического развития детей с речевыми нарушениями в отечественной логопедии имеет традицию, заложенную в работах Л.С. Выготского, указывавшего на социально обусловленную природу высших психических функций, их системное строение и ведущую роль речи в формировании психических процессов.

Большинство ученых, занимающихся вопросами диагностики и коррекции речевых нарушений, в частности Н.С. Жукова, Р.Е. Левина, Е.М. Мастюкова, Г.В. Чиркина, В.М. Шкловский и другие, подчеркивают, что отклонения в речевом развитии служат фактором, нарушающим условия гармоничного развития личности ребенка. Они выделяют целый ряд патологических нарушений психического развития у детей с недоразвитием речи.

Наиболее значительные нарушения психического онтогенеза отмечаются у детей с системным недоразвитием речи, обозначаемые как общее недоразвитие речи (ОНР).



Клинические исследования, проведенные Е.М. Мастюковой, показали, что группа детей с ОНР крайне неоднородна не только по степени выраженности речевого дефекта, но и по его структуре и механизмам возникновения. Различные механизмы и степени проявления таких нарушений служат основанием для выделения различных его форм.

В современной специальной педагогике (логопедии) выделяются два основных *подхода к классификации ОНР*: клинический (Н.С. Журба, Е.М. Мастюкова) и психолого-педагогический (Р.Е. Левина).

На основании психолого-педагогического подхода Р.Е. Левина и ее сотрудники разработали периодизацию проявлений ОНР, в основе которой лежит уровень языковых возможностей ребенка и характер его речевой активности. Данная классификация позволяет объединять детей с ОНР в группы для осуществления коррекционно-развивающей работы, варьировать сроки, формы и методы обучения и воспитания.

Выделяют три уровня ОНР:  
— первый — отсутствие речи;  
— второй — частично сформированная речь;  
— третий — развернутое фразовое высказывание с элемента-

ми лексико-грамматического, фонетического и фонематического недоразвития речи.

Для определения тяжести первичного дефекта, его формы, отграничения данного варианта речевого дизонтогенеза от других нарушений познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы большую значимость имеет клинический подход, на основании которого выделяют два *варианта ОНР*: *неосложненный* и *осложненный*.

### Неосложненный вариант ОНР

У детей с таким вариантом ОНР не определяются признаки локального поражения ЦНС. В их анамнезе нет четких указаний на выраженные отклонения в протекании беременности и родов. Лишь у одной трети обследуемых при подробной беседе с матерью выявляются факты не резко выраженного токсикоза второй половины беременности и родов или длительной асфиксии в родах. В этих случаях часто можно отметить недоношенность или незрелость ребенка при рождении, его соматическую ослабленность в первые месяцы и годы жизни, подверженность простудным заболеваниям.

Отсутствие парезов и параличей, выраженных подкорко-

вых и мозжечковых нарушений свидетельствует о сохранности у первичных (ядерных) зон речедвигательного анализатора. Небольшие неврологические дисфункции в основном ограничиваются нарушениями мышечного тонуса, недостаточностью тонких дифференцированных движений пальцев рук, несформированностью кинестетического и динамического праксиса. Это преимущественно дизонтогенетический вариант ОНР (Е.М. Мастюкова).

Значительные трудности у таких детей в обучении обусловлены, прежде всего, не когнитивными, а личностными нарушениями, затрудняющими как коррекцию речи, так и учебный процесс. Этой же точки зрения придерживаются В.А. Ковшиков и Ю.А. Элькин, отмечая, что возможности правильного осуществления мыслительных операций у детей с ОНР, как правило, сохранены. Они существенно расширяются при обогащении запаса знаний и упорядочении самоорганизации.

При данном варианте ОНР у детей отмечаются признаки речевого дизонтогенеза, не сочетающиеся с выраженными нарушениями нервно-психической деятельности. У них не выявляются локальные повреждения

ЦНС за исключением отдельных признаков частичной моторной незрелости, отставание в формировании общего динамического праксиса.

В психическом облике детей отмечаются отдельные черты общей эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности, недостаточность функций активного внимания. В эту категорию входят около 68% детей с ОНР (Л.А. Захирина, Е.А. Пономарева, В.М. Шайтор). Патогенетической основой ОНР в данном случае выступает задержанное созревание более поздно формирующихся структур и функций мозга.

### **Осложненный вариант ОНР**

Основным вариантом патологии, осложняющей ОНР, служит органически обусловленное поражение ЦНС, проявляющееся различными неврологическими и психопатологическими симптомами и синдромами дизонтогенетически-энцефалопатического комплекса нарушений. При ОНР церебрально-органического характера структура клинических проявлений обширна и полиморфна, поскольку патологические изменения обнаруживаются не только в височных, но также и в других долях мозга.



При тщательном неврологическом обследовании у детей с этим вариантом ОНР выявляется ярко выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая о негрубом повреждении отдельных мозговых структур (И.И. Кириченко, В.В. Ковалев).

У данной категории детей наблюдаются следующие *неврологические синдромы*.

- Гипертензионно-гидроцефальный синдром (повышенного внутричерепного давления), для которого характерны увеличение размера головы, большие лобные бугры, расширение венозной сети в области висков. В остром периоде отмечается увеличение размера головы на 1—2 см по сравнению с нормой (или окружностью грудной клетки), дизэмбриогенез черепа, симптомы Грефе, Арлекино, «заходящего солнца», сходящееся косоглазие, непостоянный мышечный нистагм, мышечная дистония в виде симптома «тюленьих лапок» или «пяточных стоп», часто сочетается со вздрагиванием, спонтанным рефлексом Моро, общий локальный цианоз, нарушение сна.

В раннем и дошкольном возрасте гипертензионно-гидроцефальный синдром может сочетаться с минимальной мозговой

дисфункцией (Л.О. Бадалян, Ю.И. Барашнев, А.Б. Пальчик, S.D. Clemens), синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, Н.Н. Заваденко, В.Р. Кучма, П. Уэндер, Р. Шейдер), задержкой психомоторного развития (Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, А.Б. Пальчик, G.M. Fenichel) и проявляться в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения, быстрой истощаемости и пресыщаемости любым видом деятельности, повышенной возбудимостью, раздражительностью, двигательной расторможенностью. Дети плохо переносят жару, поездки в транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружение. В некоторых случаях отмечается приподнято-эйфорический фон настроения с явлениями дурашливости и благодушия.

Церебрастенический синдром выражается в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости и утомляемости нервной системы при умственной нагрузке. При этом особенно страдает функция переключения внимания, отмечаются ослабление высших форм памяти, снижение способности к рядообразованию, волевому и психическому

напряжению (А.О. Дробинская, Е.С. Иванов, В.И. Лубовский). В период новорожденности отмечается синдром угнетения, проявляющийся в виде общей вялости, гиподинамии, сниженной спонтанной активности, общей мышечной гипотонии, гипорефлексии, угнетения безусловных рефлексов, снижения рефлексов сосания и глотания, расходящегося и сходящегося косоглазия и нистагма, асимметрии и отвисания нижней челюсти, асимметрии мимической мускулатуры, бульбарных и псевдобульбарных симптомов. У детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС, на основе которых сформировались церебрастенические нарушения, проявляются вегетативные расстройства.

Неврологические нарушения, как правило, зависят от тяжести и характера первичного поражения головного мозга. Для детей характерна моторная неловкость, они поздно овладевают двигательными навыками, имеют недостаточно хорошую координацию движений. Наблюдаются быстрая утомляемость от игр, общения со сверстниками. У детей с церебрастеническими расстройствами чаще, чем в популяции, наблюдается критическое число (3—4) стигм дизэмбриогенеза, в частности увели-

чение размера головы выпуклый высокий лоб, иногда удлинненная затылочная часть. Кожа у них часто имеет бледный цвет, «мраморный» рисунок, при волнении или напряжении быстро краснеет, на висках и лбу выражена венозная сеть, вплоть до набухания височных вен.

Характерна также неустойчивость психического тонуса: резкая смена настроения, плаксивость, быстрый переход от состояния оживления к апатии. Сочетание эмоциональной неустойчивости с вегетативными дисфункциями создает почву для формирования неврозоподобных расстройств, таких как тики, заикание, энурез и т.п.

У большей части детей повышенная утомляемость и истощаемость во время выполнения какого-либо задания проявляются в двигательном беспокойстве, суетливости. Многим дошкольникам из данной группы свойственны и частые колебания настроения, эмоциональная ранимость, повышенная впечатлительность. При двигательной расторможенности отмечается приподнятое настроение, сопровождаемое шаловливостью, проказливостью, характерное для детей более раннего возраста.

Синдром двигательных расстройств характеризуется изме-

нениями мышечного тонуса, легкими геми- и монопарезами, не резко выраженными нарушениями равновесия и координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса.

В период новорожденности основными проявлениями синдрома выступают изменение мышечного тонуса и перистальных рефлексов, снижение спонтанной двигательной активности, нарушения краниальной иннервации.

У детей с церебрально-органическим и гипертензионным синдромами встречается наиболее стойкое и специфическое речевое недоразвитие, которое клинически обозначается как *моторная алалия*. У них выявляются признаки поражения (или недоразвития) корковых речевых зон головного мозга и, в первую очередь, зоны Брока. При моторной алалии наблюдаются дизонтогенетически-энцефалопатические нарушения. Характерные признаки моторной алалии: выраженное недоразвитие всех сторон речи — фонематической, лексической, синтаксической, морфологической, всех видов речевой деятельности и всех форм устной и письменной речи.

Вышеперечисленные варианты осложненного ОНР имеют в своей основе различные нарушения протекания внутриутробного и раннего периодов развития, воздействие патологических факторов в сензитивные для ЦНС сроки. По мнению Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой, особое место в этиологии ОНР занимают перинатальные поражения ЦНС. Их можно охарактеризовать как следствие различных патологических состояний, обусловленных воздействием патологических факторов на плод в перинатальный период развития и приводящих в дальнейшем к дезадаптации, а в ряде случаев и инвалидизации детей (Ю.И. Барашнев, А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов).

Е.Н. Винарская, О.Е. Грибова, Л.Н. Ефименкова, Л.Г. Соловьева, Л.Б. Халилова, С.Н. Шаховская в качестве основного дефекта при ОНР называют дефицитарность языковой способности (ЯС), которая наиболее ярко проявляется у детей с церебрально-органическими нарушениями.

Нарушение функционирования языковой способности у детей с ОНР проявляется в виде: пониженной речевой активности (Б.М. Гриншпун, Г.И. Жаренкова, Н.С. Жукова, Р.Е. Левина и др.); пониженного внимания к

речевому окружению и недостаточно активной наблюдательности (Т.Г. Визель, Ж.М. Глозман, Р.Е. Левина, А.К. Маркова и др.); замедленной выработки и патологической инертности речевых стереотипов, плохой переключаемости или, напротив, быстрого угасания возникших следов в памяти (Г.В. Гуровец, В.И. Лубовский, И.К. Самойлова, Н.Н. Трауготт и др.); трудностей актуализации даже хорошо знакомых слов (Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева), невозможности осуществления переноса усвоенной грамматической формы на другие слова (О.Е. Грибова, Б.М. Гриншпун, Н.Н. Трауготт и др.); речевой беспомощности в новых ситуациях и хаотичных действиях при решении вербальных задач (Т.Д. Барменкова, Н.С. Жукова, Н.Н. Трауготт); нарушения программирования высказывания, несформированности динамического стереотипа (Т.Д. Барменкова, В.К. Воробьева, Г.С. Гуменная, Л.Б. Халилова и др.).

Снижение языковой способности у детей с ОНР приводит к недостаточной способности к моделированию (Л.Б. Халилова), замещению и символизации (Л.Н. Ефименкова, В.В. Юртайкин), а также к более позднему формированию лексической си-

стемности, организации семантических полей, качественному своеобразие этих процессов.

У детей с выраженным проявлением речевого недоразвития (алалией) как реакция на речевой дефект могут отмечаться невротические проявления: неуверенность в себе, обидчивость и др. (Б.М. Гриншпун, Н.Н. Трауготт, С.Н. Шаховская).

Дошкольники с ОНР, помимо специфических неврологических и языковых нарушений, имеют ряд особенностей психического развития, характерных для всех уровней недоразвития речи, рассматриваемых как вторичные нарушения в познавательной и личностной сфере. Т.Б. Филичева и Г.В. Чиркина отмечают, что неполноценная речевая деятельность детей с ОНР накладывает негативный отпечаток на формирование сенсорной, интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер. Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова указывают, что в ряде случаев у детей с ОНР, в силу сочетания первичного и вторичного дефектов, развиваются патологические качества личности, невротические черты характера, в частности замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость.

По мнению Ю.Ф. Гракуши, дефекты речевого развития задерживают формирование познавательной и организующей функций речи, поскольку при этом речь не становится средством мышления, а речь окружающих не всегда служит для ребенка адекватным способом передачи информации, общественного опыта. Этот факт подтверждают и исследования Г.С. Гуменной. При распределении детей с ОНР по характеру обучаемости она выявила, что у 78% учащихся специальных школ для детей с тяжелыми нарушениями речи и у 93% школьников с ОНР ведущей недостаточностью в структуре учебной деятельности выступают мотивационно-регуляторные расстройства. У них проявляются недостаточная психическая активность при выполнении познавательных заданий, быстрая утомляемость, истощаемость, расторможенность.

Все уровни ОНР характеризуются той или иной степенью незрелости высших психических функций, в основе которой лежат различные варианты нарушений ЦНС. Л.И. Переслени и Т.А. Фотекова выявили значительную разнородность уровня развития основных компонентов познавательной деятельности у

детей с ОНР. Кроме того, авторы указывают на неравномерность развития отдельных сторон познавательной деятельности у большинства школьников с ОНР. Выявленная неравномерность не имеет четко выраженной закономерности и может встречаться в различных вариациях у учащихся речевых школ, что позволяет авторам предполагать полиморфность проявлений ОНР, сложный характер дефекта, при котором недоразвитие речевой сферы сочетается с различными недостатками познавательной деятельности, вторичность которых трудно доказуема.

О.Н. Усанова, Ю.Ф. Гаркуша выявили, что распределение внимания между речью и практическим действием у детей с нарушением речевого развития оказывается трудной, почти невыполнимой задачей. При этом у них преобладают речевые реакции уточняющего и констатирующего характера, тогда как у дошкольников с нормальным речевым развитием наблюдаются сложные реакции сопровождающего характера. В случаях тяжелых нарушений речи по типу моторной алалии проявляются нарушения психомоторного развития, расстройства поведения и эмоционально-волевой сферы. В формировании нарушений ин-

теллектуальной деятельности и расстройствах личностной сферы и поведения большую роль играет недостаточность произвольной регуляции психической деятельности.

Фактические данные демонстрируют стабильность наличия личностных нарушений при различных степенях ОНР. В качестве их ключевых составляющих можно выделить нарушения речевого опосредования, эмоциональную неустойчивость, трудности организации произвольного поведения, несформированность саморегуляции, а также широкий спектр коммуникативных трудностей. Коммуникативные нарушения усугубляют отрицательные воздействия на личность ребенка. Взаимообусловленность речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речевого развития, как бедность и недифференцированность словарного запаса, явная недостаточность глагольного словаря, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного речевого общения. Следствие этих трудностей — снижение потребности в общении, несформированность всех основных форм коммуникации, особенности поведения — не-

заинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм (Л.Г. Соловьева).

В исследовании К.Е. Панасенко отмечается недостаточная способность к вербальной самопрезентации, выражающаяся в ограничении представления компонентов психического, физического и социального «Я». Когнитивный компонент вербальной самопрезентации выражается преимущественно в образе физического «Я», психосоциальная составляющая представлена недостаточно. Образ физического «Я» у дошкольников с ОНР также имеет ряд особенностей, в частности наблюдается ограниченность способности к категоризации телесных признаков, выделению существенных идентификационных дифференциальных и интегральных параметров.

Итак, можно заключить, что у дошкольников с ОНР отмечается ряд патологических особенностей психической сферы, ее развитие по ряду компонентов отличается от динамики становления у дошкольников с нормальной речью. Дети с нарушениями речевого развития имеют изначально дефектное ядро смыслового опосредования, вокруг которого строятся все психические новообразования старшего дошколь-

ного возраста. Однако не только собственно речевой дефект формирует совокупность факторов, затрудняющих нормальный ход становления личностной сферы ребенка с ОНР. Речевая коммуникация, если учесть все виды речи (говорение, слушание, письмо), — постоянное состояние человека. Естественно, что нарушения речевого развития детей, формирующиеся на основе органической патологии мозга, как сложные, так и более легкие, функциональные, приводят к проблеме развития личности ребенка. Однако глубину искажений качеств личности и ее формы во многом определяет отношение окружающих к ребенку с речевым нарушением.

Наблюдения показывают, что для большинства родителей факт обучения ребенка в специальной группе становится психической травмой. Попытка скрыть от окружающих это, маскировка имеющегося дефекта приводят к развитию у ребенка чувства неполноценности, конфликту между желаемым и реальным образом «Я», а у родителей — позиции скрытого или открытого отрицания или гиперкомпенсации. Кроме того, большинство исследователей считают, что дошкольники с ОНР осознают свое речевое нарушение, поэтому не-

вротическая позиция родителей может усилить негативное отношение ребенка к речевой деятельности.

Родители, как правило, связывают с детьми свои нереализованные надежды, а рождение больного ребенка значительно уменьшает шансы на их осуществление, что порождает у членов семьи целый комплекс психических проблем. Создается психологическое противоречие между ожиданиями и невозможностью их осуществления. Оно еще более усугубляется в случае, когда нарушения развития проявляются не в форме физических дефектов, а как психическая особенность, резко ограничивающая возможность самореализации. Конфликт между видимым благополучием и проблемами в развитии создает в семье сложную психологическую ситуацию.

Выявлена прямая зависимость между проявлениями отдельных нарушений личностного развития (тревожность, агрессивность, страхи, замкнутость) и характером детско-родительских отношений. В.Г. Колягина определила, что страхи детей, имеющих недостатки речевого развития, характеризуются устойчивостью и высокой интенсивностью переживания, тесно связаны с родительскими страхами и эмо-



циональной фиксацией специфических страхов, а также зависят от особенностей взаимоотношения с матерями и условиями воспитания в семье. Большую роль в формировании нарушений личностного развития у дошкольников с ОНР играет неблагоприятная ситуация в семье, связанная с неправильным отношением родителей к проблемам речи у ребенка (И.Ю. Левченко, Г.Х. Юсупова).

А.С. Спиваковская показала, что родительская позиция в семьях, где есть дети с нарушениями в развитии, в частности с тяжелыми речевыми проблемами, отличается неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью, адресуется к сегодняшним проблемам жизни ребенка, в противовес родительской позиции в семьях с нормально развивающимися детьми, которая характеризуется адекватностью, прогностичностью, адресуется к завтрашнему дню, будущему ребенка.

Г.Г. Гузеев сформулировал модель поведения семьи, имеющей ребенка с проблемами в развитии. Основная проблема данного типа семей — неадекватная и противоречивая позиция родителей по отношению к своим детям. Отмечается, что родители, имеющие ребенка с отклонениями в развитии, с од-

ной стороны, инвалидизируют его, сопротивляются обретению им свободы и независимости, с другой — желают его более быстрого развития, преодоления социальных последствий нарушения. Члены семьи болезненно воспринимают все неудачи ребенка в обучении и в общении с окружающими.

Независимо от особенностей структуры речевого дефекта, дети с ОНР не могут спонтанно встать на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормально развивающимся сверстникам. Для преодоления ОНР необходимы специальные коррекционные мероприятия, направленные на формирование речевых средств, достаточные для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения. Эта задача реализуется различно в зависимости от возраста детей, условий их обучения и воспитания, уровня развития речи.

## Литература

- Валявко С.М. Особенности мотивации старших дошкольников с общим недоразвитием речи. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
- Волковская Т.Н., Юсупова Г.Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи. М., 2004.

Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Логопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2008.

Колягина В.Г. К проблеме психодиагностического изучения страхов у дошкольников с недостатками речевого развития (тезисы). Организация и содержание образования детей

с нарушениями развития. М., 2008.

Колягина В.Г. Психологическое изучение страхов у дошкольников с речевыми нарушениями // Начальная школа плюс до и после. 2009. № 11

Левченко И.Ю., Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. М., 2008.

## Дети с билингвизмом

**Шарова Н.В.,**

логопед ООО «Школа раннего развития “Азбука”»,  
Москва

*Аннотация.* В статье раскрываются понятие билингвизма, а также его исторические аспекты, онтогенетические и психологические подходы к его изучению.

*Ключевые слова.* Межличностные отношения, билингвизм, самооценка.

Ребенок, попадая в незнакомую ему среду, сталкивается с трудностями: культуры, языка, взаимоотношений. Особенно это касается детей с билингвизмом, которые оказываются в психотравмирующей ситуации, находясь в состоянии постоянного стресса. Среда становится для ребенка фактором жестокости, конфликтности. Такие дети напряжены, боятся одни без родителей идти на занятие.

Возникают и другие проблемы, прежде всего языковая, мешающая общаться на бытовом уровне, порождающая все остальные проблемы. Во-первых, трудности в обучении. Дети-билингвы плохо усваивают материал, когда оба языка, и родной и неродной, остаются разговорными, а литературный — язык письменности, культуры, истории, науки — не осваивается.

Чтобы понять проблемы такого ребенка, нужно посмотреть на языковой материал его глазами, реально оценить трудности, обусловленные расхождением в системах родного и неродного языков, отсутствием некоторых лексических и грамматических категорий.

Детям-билингвам следует объяснить, для чего нужно в русском языке окончание, что такое категория неодушевленности / одушевленности.

Необходимо учитывать особенности национальности ребенка. Приведем пример фонетических трудностей детей-билингвов, сопоставив звуковые системы русского и таджикского языков. У учащихся-таджиков сложности вызывают звуки русского языка:

- отсутствующие в родном языке ([ы], [ц], [ш], все мягкие согласные);
- позиционные изменения которых для них трудны (безударные гласные, звонкие согласные в конце и перед глухими в середине слова, стечение согласных).

Важно структурировать ошибки (по фонетике, лексике и т.п.). Это позволит понять, что «западет» у обучающегося.

С разрешения родителей мы провели исследование по тесту

тревожности (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки). Среди детей 4—5 лет, родившихся в России и проживающих в данной местности, диагностировался средний уровень тревожности во всех сферах.

У билингвов были выявлены высокий уровень тревожности во всех сферах, особенно в сфере «ребенок — взрослый», «ребенок — ребенок».

Анализ исследования позволил составить портрет этих детей, испытывающих множественные страхи. Они тревожны, пугливы, не уверены в себе, не умеют налаживать контакт со сверстниками, недостаточно общительны, настороженно относятся к окружающим, у них снижено настроение.

Для исследования социальной приспособленности ребенка, сферы его межличностных отношений, особенностей его восприятия внутрисемейных отношений, его поведения можно использовать методику Рене Жиля. Это позволит правильно составить программу обучения.

Задача педагога, работающего с детьми-билингвами, — не только сформировать у них лексический запас и языковую компетенцию в сферах фонетики, грамматики, функциональной стилистики русского языка, но и адаптировать их к окружающей среде.

# Роль коррекционно-развивающего обучения в преодолении недостаточности зрительной ориентации у дошкольников с нарушением зрения

**Плаксына Л.И.,**

*д-р психол. наук, профессор кафедры олигофренопедагогики и специальной психологии, Института детства, ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва*

---

*Аннотация.* В статье описаны особенности развития слепорожденных детей, специфика их познавательной сферы и высших психических функций. *Ключевые слова.* Сенсорное развитие, предметные представления как основа понимания окружающего мира, нарушения зрения, зрительное восприятие.

---

Источником знаний об окружающем мире служат ощущения, возникающие от соприкосновения органов чувств с различными признаками и свойствами предметов. Для дошкольников особенно значимо чувственное познание, поскольку в отличие от процесса познания у взрослого оно выступает пока единственным средством осмысления мира. Ж.-Ж. Руссо подчеркивал, что из всех способностей первыми формируются и совершенствуются чувства. Ребенок овладевает азами знаний о предмете как первой книгой жизни.

Для успешного освоения знаний об окружающем мире необходимо, чтобы органы чувств ребенка функционировали нормально. При отсутствии или частичном поражении органа чувств он может не получать полной информации, поэтому мир его впечатлений становится уже и беднее.

Слепорожденный не может знать зрительных признаков, глухой от рождения не познает звучащего мира. При частичном зрительном поражении наблюдается обедненность зрительных впечатлений. Недостатки в зри-

тельной ориентации затрудняют накопление непосредственного чувственного опыта, обедняют представления ребенка об окружающем мире, что нередко предопределяет и весь ход психофизического развития ребенка с нарушением зрения.

Для понимания возникающих в результате сенсорного дефекта отклонений в развитии необходимо учитывать, что оно осуществляется по тем же закономерностям, что и нормальное. Выпадение тех или иных функциональных звеньев в органическом единстве психики приводит к нарушению связей и отношений с окружающим миром, к неадекватному отражению действительности.

Внутрисистемные нарушения или недоразвитие какой-либо сенсорной функции в условиях понимания последствий и созданных с учетом этого правильных условий медико-педагогической коррекции во многом могут предупредить возникновение отклонений в психофизическом развитии.

Снижение до определенного уровня остроты зрения приводит к ограничению различительных возможностей дистантного восприятия. Нарушение бинокулярного видения (двумя глазами) разрушает стереоскопическое зрение; один глаз не может дифференцировать глубину, удален-

ность, протяженность пространства. Расстройство глазодвигательных функций обуславливает сужение поля зрения, ограничиваются его обзорные возможности.

Трудности зрительной ориентации и специфика различных отклонений в развитии обусловлены характером и степенью зрительных патологий. Даже при одной и той же остроте зрения, но при различных клинических формах нарушения и аномалиях развития органа зрения возможности зрительного восприятия и развития других высших форм познавательной деятельности различны. Поэтому при существующих общностях психофизического развития детей с нарушениями зрения нужно говорить о видах отклонений не только типологических, но и индивидуальных.

Не следует забывать и о том, что характер отклонений в развитии психики определяется степенью и временем возникновения дефекта. Чем раньше появляется сенсорный дефект, тем большие сложности и трудности возникают у ребенка при ориентации в окружающем. Это подчеркивает необходимость раннего выявления дефекта и проведения на основе знаний о степени его выраженности, характере, структуре и возможных влияниях на психическое развитие ребенка коррекционного лечения, воспитания и

обучения. Знание особенностей сенсорного развития детей с нарушением зрения необходимо, чтобы создать условия для систематического упражнения и совершенствования сенсорной сферы ребенка и его всестороннего развития и воспитания.

Современная наука и практика дошкольного воспитания слабовидящих детей показывают, что представления у них формируется замедленно и информативно беднее, чем у нормально видящих детей. При зрительной ориентации в окружающем мире процессы анализа и синтеза протекают у слабовидящих детей так же, как и у детей с нормальным зрением. Сначала они выделяют отдельные признаки и свойства, характеризующие предмет, делают попытки к анализу, сравнению их, а затем делают вывод, но на этом и кончается сходство. Дело в том, что при глубоком нарушении зрения у них значительно меньше информации о сенсорных эталонах формы, цвета, величины и пространственных признаках. Из-за низкой остроты зрения дети тратят больше времени на рассматривание. Все это определяет процесс опознания, анализ, синтез и осмысление зрительно воспринимаемой информации.

Процесс чувственного познания можно условно разделить на два этапа:

- формирование ориентировочных действий различения, опознания, называния;
- развитие интеллектуальных умений дифференцированного анализа воспринимаемых признаков и аналитико-синтетической деятельности по контролю за процессом ориентации. Здесь выделяются особенности, которые характеризуют процесс зрительного восприятия слабовидящих детей. Проявляются они в замедленности восприятия, недостаточности умений обобщать зрительно-пространственные признаки и отношения.

Рассмотрим примеры изучения процессов узнавания у слабовидящих детей.

Для изучения особенностей зрительного восприятия детям был предложен ряд заданий на умение мгновенного опознания двух изображений одного и того же вида предмета с некоторыми различиями по размеру, расположению. Слабовидящие дошкольники при восприятии изображений чаще всего не замечали различий. Только 6 детей из 20 правильно выполнили задания. Все нормально видящие воспитанники справились с заданием. Слабовидящие дети выполнили задание при увеличении времени на рассматривание иллюстраций и в случае одно-

временного предъявления обеих иллюстраций.

Умение рассматривать предмет, наблюдать, выделять его из окружающей обстановки — т.е. процесс саморегуляции зрительного анализа и синтеза — в норме складывается к началу старшего дошкольного возраста. У слабовидящих детей целенаправленный процесс зрительного восприятия растягивается во времени, поэтому требуются специальные коррекционные условия для формирования компенсаторных способов зрительной ориентации за счет словесной регуляции, расчленения процесса восприятия на отдельные подэтапы и этапы по уточнению, конкретизации, обогащению зрительной информации.

Отсутствие коррекционной работы определяет наличие сложностей узнавания, сличения, анализа и синтеза признаков в единый образ. Приемы узнавания и осмысления предметов и их изображений у слабовидящих детей и нормально видящих одинаковы, но овладение первыми происходит медленнее.

Для полного опознания детьми с нарушением зрения объекта нужно его многократное предъявление (от 2 до 12 раз) с продолжительностью в 2—3 раза большей, чем при предъявлении его нормально видящим воспитанникам. Это свидетельствует

о замедленном разворачивании процесса опознания.

Характерные ошибки слабовидящих детей при сличении и осмыслении сходства и различий проявлялись в догадках, обобщениях по одному из признаков, иногда не основному. Так, красная лыжа и красная лента при однократном предъявлении воспринимались как одинаковые предметы, поскольку распознавание их строилось с опорой на цвет и форму. Лыжные крепления в первый момент не были выделены. На картинках с изображением идущей и бегущей девочек различий в положении ног и рук дети увидеть не смогли. В этом случае они видели только объекты в общем. Различия в пространственном положении тел также первоначально обнаружить не смогли. Требовались специальная направленность внимания детей на выделение деталей и различий, увеличение времени на рассматривание изображений.

Педагогам следует учесть, что процесс сличения, нахождения общих и отличительных черт, формирование умения обобщать признаки зрительно воспринимаемого объекта потребуют от них подбора специального наглядного материала, применения поэтапности в дифференциации визуальных признаков и большей длительности предъявления объекта



для рассматривания. Увеличение количества предъявлений говорит о замедленности развертывания зрительного анализа. Ребенок чаще анализирует на основе догадок, уподоблений, предположений. Например: «Может, это такая машина, а может, это не машина, а дом? А колеса просто так тут поставили». (На картинке нарисован автобус в ночном городе.)

Только поэтапное рассматривание и выделение дополнительных деталей (силуэт шофера, отсутствие крыши и т.д.) и помощь педагога дает возможность ребенку понять изображение.

Довольно часто при рассматривании незнакомых объектов слабовидящие дети могут оставаться пассивными, у них даже не возникает желания и интереса познать объекты.

Детям 3 лет предложили для рассматривания книгу со специально подобранными иллюстрациями, часть которых была им знакома, а часть неизвестна. Было интересно зафиксировать внимание и интерес детей к рассматриванию иллюстраций. Наблюдения показали, что зрительное восприятие опирается на знакомые объекты. Интерес у детей проявляется к знакомым иллюстрациям. Особенно это ярко проявилось у слабовидящих воспитанников. На незнакомые объекты поступала мгновенная

реакция: «Что такое?» После того как ребенку становилось ясно, что объект ему неизвестен, он быстро пролистывал иллюстрации, зато более длительное время рассматривал знакомые иллюстрации.

Приведем пример. Катя, 2 года 7 мес., листая книгу, восклицает: «Вот дом, мячик, коляска...». Далее, быстро пролистав иллюстрации с изображением трактора, ракеты, рыболовной сети, она останавливается на изображении куклы и произносит: «Катя».

Такое поведение детей можно объяснить тем, что они видят, но не умеют самостоятельно анализировать, осмысливать увиденное. При слабовидении, когда умение и способность видения ограничены, они даже не пытаются анализировать изображение.

При отсутствии специального обучения даже у более старших слабовидящих детей школьного возраста наблюдается безразличное отношение к незнакомым изображениям. Посмотрим, как слабовидящие дети 5—6 лет опознавали различные объекты. Для выяснения уровня различия и названия этих объектов им давали наборы игрушек и бытовых предметов, среди которых находились нож для чистки картофеля, сбивалка, рожок для обуви, полиэтиленовая крышка для банок и др.

Продуктивность узнавания реальных объектов у слабовидящих дошкольников несколько ниже, чем у нормально видящих. На опознание объекта и ознакомление с ним они тратили в 2—3 раза больше времени. Многие из предъявленных предметов быта слабовидящие дети не определили. Знакомые предметы не вызывали у воспитанников трудностей: посмотрев на них, они сразу их называли. Опознание бытовых приборов и предметов у слабовидящих детей вызывало трудности. При этом они длительно рассматривали, подносили близко к глазам. В словесном описании возникали трудности в формировании целостности образа. Дети обращали внимание на детали предмета, строили по ним догадки. Так, нож для чистки картофеля никто из слабовидящих детей не смог назвать. В сравнении с нормально видящими, слабовидящие дошкольники получают значительно меньше информации о предметном мире.

Процесс узнавания у слабовидящих детей цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех трех видов изображений лучше всего они распознают цветные картинки, поскольку цвет дает им дополнительную информацию.

Значительно хуже они ориентируются в контурных и силуэтных изображениях. Чем сложнее

форма предмета, чем она менее приближена к геометрическим формам, тем труднее дети опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Так, линии толщиной в 1,5 мм, выполненные черным цветом на белом фоне, дети воспринимали быстрее всего. На черном фоне дети лучше выделяли желтое контурное изображение. Если же контур сливался с фоном, они часто ошибались.

При восприятии силуэтных изображений дети с нарушением зрения затруднялись в анализе и опознании изображений, особенно животных. Они смогли назвать их только после анализа цветных, а затем силуэтных рисунков. Поэтому при глубоком нарушении зрения следует проводить работу по «чтению» изображений, начиная от реальных, цветных и заканчивая силуэтными и контурными. При этом важен словесный алгоритм, направляющий зрение ребенка на поэтапное выделение основных признаков, а затем составных частей, деталей, чтобы у него сложился логически правильный образ предмета.

Слабовидящим детям без специально организованного педагогического процесса трудно овладеть пространственными представлениями и ориентацией

в пространстве. Нарушение бинокулярного зрения осложняет развитие представлений о форме, величине и пространственном положении, отношениях между предметами: удаленность, глубина, высота и т.д.

Зрительное запоминание и воспроизведение пространственных отношений между объектами у слабовидящих детей происходят медленнее и носят фрагментарный характер. Все эти сложности зрительно-пространственной ориентации обуславливают обедненность чувственного опыта пространственной ориентации.

Развитие пространственных представлений у детей — важная часть умственного развития, поскольку на их основе формируется умение практически ориентироваться в пространстве, развивается пространственное мышление, способность понимать пространственные отношения.

В дошкольном возрасте у детей в основном складываются элементарные представления о пространстве. Они необходимы ребенку для успешного овладения знаниями при изучении природоведения, географии, рисования, черчения и других предметов.

Понимание детьми отношений предметов и объектов в пространстве проходит несколько этапов, характеризующихся различной степенью осознанности

пространственных признаков, свойств и отношений. Экспериментальное изучение особенностей развития пространственных представлений у детей с нарушением зрения показали, что у них имеются особенности и сложности усвоения пространственной ориентации.

Имеющиеся у слабовидящих детей такие трудности обуславливаются первичным зрительным дефектом, поэтому необходимо воздействовать на процесс зрительной ориентации, т.е. развивать и корректировать зрительное восприятие, компенсировать зрительно-пространственную недостаточность за счет активного развития сохранных анализаторов и формирования полисенсорного способа ориентации в окружающем пространстве.

### Литература

- Плаксина Л.И. Как учить слабовидящего ребенка видеть и понимать окружающий мир // Воспитание слабовидящего ребенка в семье. М., 1986.
- Плаксина Л.И. Некоторые особенности зрительной ориентации детей с нарушением зрения // Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах. Калуга, 1998.
- Плаксина Л.И. Проблемы воспитания и социальной адаптации детей с нарушением зрения: Метод. пособие. М., 1995.

## Деонтологический аспект формирования профессиональной готовности педагога-дефектолога

**Дружиловская О.В.,**

*канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии,  
физиологии и клинической дефектологии Института  
детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический  
государственный университет», Москва*

---

*Аннотация.* В статье рассматривается значение деонтологии в формировании профессиональных качеств личности педагога-дефектолога как системы, определяющей готовность к профессиональной деятельности.

*Ключевые слова.* Этические концепции, правовые нормы, морально-нравственные ценности, профессиональное воспитание, профессиональная готовность, эмпатия.

---

**Актуально!**



Проблемы взаимоотношения общества и лиц, имеющих физическую, психическую и сенсорную недостаточность, сегодня довольно актуальны. В течение многих лет человеческое общество претерпевало многочисленные изменения — идеологические, нравственные, экономические, политические. Изменялись и его правовые и моральные нормы. Принципиальное отличие правового регулирования человеческих отношений от морального заключается в том, что первое реализуется через законы, правительственные постановления, в то время как второе — на уровне индивидуально-нравственного сознания и общественного мнения. Зарождение и становление практики специального образования связано с правовыми нормами и морально нравственными ценностями.

Система образования в России определяет политику включения детей с отклонениями в развитии в систему массового образования и общества в целом, т.е. интеграцию. Социологические исследования показывают, что отношение здоровых людей к лицам с ОВЗ характеризуется как неблагоприятное. Такое отношение можно преодолеть, и основную роль в этом должны сыграть образование и педагогика.

От квалификации и мастерства педагогов, их общечеловеческих, педагогических и профессиональных качеств зависит, какие ценности, заложенные в обучение и воспитание, будут определять гуманизацию отношений здорового человека к больному. Уровень профессионального образования коррекционного педагога определяют характеристики различных видов его деятельности, направленных на воспитание, образование, лечение и коррекцию отклонения в развитии.

Современные требования к системе образования вызывают необходимость готовить специалиста, способного к творческой деятельности, нестандартному мышлению, раскрытию своего творческого потенциала. Гуманизация обучения увеличивает

значимость этических концепций, повышая ценность духовности в межличностных отношениях.

Профессиональные нормы, стандарты поведения и деятельности педагога специального образования формировались под воздействием деонтологических концепций, определяющих этико-педагогические критерии профессиональной деятельности, направленные на защиту интересов, помощь, социальную реабилитацию наиболее беззащитных членов общества: инвалидов детства, детей и подростков с соматическими, психосоматическими расстройствами, аномалиями.

Деонтология как наука о долге человека перед человеком и обществом раскрывает основы профессиональной культуры педагога специального образования и опирается на философские, психологические, педагогические, медицинские, социологические и экономические знания.

Система подготовки кадров для специальных учебных заведений должна характеризоваться высоким уровнем когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов эмпатии. По мнению Р.О. Агавеляна, недостаточный учет этих требований при приеме в вузы, обучении

дефектологов служит причиной дезадаптации специалистов.

Высшее образование, выступая формой профессиональной подготовки специалистов высшей квалификации, обеспечивает и регулирует исторически сложившийся уровень разделения труда. С этой точки зрения именно профессиональная деятельность преподавателей вуза задает содержание и формы учебной деятельности студентов. Основная проблема сегодня — разрыв между общественно необходимым и фактическим уровнями подготовки специалистов. В этих условиях особое значение приобретает поиск новых подходов к повышению уровня качества подготовки педагогических кадров. Вопросы профессиональной направленности теоретической подготовки будущих специалистов рассматриваются с точки зрения содержания образования и преподавания. Малоизученными остаются вопросы профессиональной ориентации учебной деятельности студентов в процессе их специальной подготовки.

Профессиональная готовность — субъективное состояние личности, считающей себя способной и подготовленной к выполнению определенной профессиональной деятельности,

стремящейся ее осуществить, будучи вооруженной интегративным уровнем знаний по специальности.

Анализ научно-педагогической литературы по проблеме профессионализма в педагогических технологиях выявил основные направления профессиональной подготовки специалистов:

- психолого-педагогическое;
- социокультурное;
- специально предметное.

По мнению Е.П. Белозерцева, если образование — макросистема, то педагогическое образование — микросистема, т.е. совокупность таких взаимосвязанных элементов, как целеполагание, функции, закономерности, принципы, системообразующая деятельность, организационная структура, интериоризованная среда, противоречие, управление, показатели эффективности.

По мере совершенствования педагогическое образование обретает непрерывность. Непрерывное образование — воплощение современного методологического подхода к подготовке педагогических кадров, условие и процесс всестороннего развития личности педагога, принцип и сущность всей его жизнедеятельности.

Дефектологический факультет педагогического вуза занимает особое место в системе образования педагогов, реализует социальную, гуманистическую и профессиональную подготовку, каждая из которых эталонно выражает суть высшего образования. Этот факультет можно рассматривать как относительно самостоятельное подразделение вуза, его подсистему, полиструктурную систему, имеющую глобальные и оперативные цели, разнообразные функции и конечные результаты, как образовательную среду, где в результате интеграции систем знаний формируются теоретические и практические основы специалиста-дефектолога.

Цель дефектологического образования — подготовка специалиста с высоким уровнем профессиональной пригодности, что определяет положительную психологическую ориентацию на работу с различными категориями детей с проблемами в развитии и состоянии здоровья.

Профессиональные нормы, стандарты поведения и деятельности педагога специального образования формировались под действием многочисленных деонтологических концепций, что подчеркивает в диссертационном исследовании Е.В. Шиври-

на, выделяя неформализованные и формализованные нормы.

Неформализованные нормы — системы «устного права» педагога, передающиеся из поколения в поколение и составляющие основные этико-педагогические концепции его деятельности. Различные аспекты этих взглядов рассматривали просветители эпохи Возрождения: Я.А. Коменский, М. Монтень, Ф. Рабле и их последователи К. Гельвеций, П. Гольбах, Д. Дидро, Ф.А. Дистерверг, Ж. Ламерти, Ж.-Ж Руссо, отечественные классики педагогики: В.Г. Белинский, Л.С. Выготский, Н.А. Добролюбов, В.Н. Кащенко, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, К.Д. Ушинский. Каждый из них определял, какими должны быть отношения педагога и ребенка; какие качества педагога наиболее важны и значимы, какими знаниями и умениями он должен обладать и т.д.

Перечисленные концепции составляют профессионально-этический кодекс педагогической деятельности и кодекс профессионального поведения педагога, послужившие основой для создания формализованных норм, которые определяют основу соответствующих нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность педагога специального образования. В на-



стоящее время этико-педагогические концепции развиваются, совершенствуя нормы и идеи правовых источников.

К постоянно совершенствующимся и развивающимся относятся профессионально-этический кодекс специальной (коррекционной) педагогической деятельности, нормативно-правовые положения, собственно профессиональные навыки и умения педагога. Осознание педагогом значимости своей профессии определяет критерии его профессиональной культуры.

«Профессиональное воспитание» как термин, используемый в процессе подготовки будущих специалистов, может иметь различную трактовку.

*Профессиональное воспитание* — гармонизация сферы коррекционного педагога, специального психолога, формирование фундаментальных знаний и адекватных способов поведения в специальной психолого-педагогической деятельности.

Профессиональное воспитание будущего коррекционного педагога, специального психолога — многомерное явление, включающее:

— развитие эмпатических качеств личности, характеризующих способность к профессиональной деятельности;

— формирование духовности, внутреннего стремления к истине, правде, добру, красоте;

— потребности овладеть основами профессии, педагогической культурой, развитием интеллектуальных, эмоциональных, волевых, этических и эстетических качеств.

Социально-экономические и политические преобразования, произошедшие в стране за последние годы, коренным образом изменили характер отношений в обществе. Современные условия характеризуются более жесткими требованиями к личному выбору, ответственности за результаты своей деятельности. В этих условиях особенно актуальной становится готовность личности добросовестно и качественно выполнять выбранную деятельность.

Современные требования к системе образования — способность к творческой деятельности, нестандартному мышлению, раскрытию и развитию своего творческого потенциала. В настоящее время гуманизация образования увеличивает значимость этических концепций, повышает ценность духовности в межличностных отношениях людей.

В педагогической литературе формулировка цели образо-

вания в современных условиях дополняется необходимостью целенаправленного влияния на развитие потребности и способности личности к саморазвитию. Потребность в саморазвитии можно трактовать как стремление, желание, интерес к развитию себя.

Саморазвитие понимается как обогащение, усложнение, гармонизация, динамизация личности с ее собственным участием (и в первую очередь, по ее инициативе).

Изменившиеся социально-экономические условия предполагают коррекцию общества, требований к системе образования, целям и направлениям ее реформирования. Перспективы развития системы образования усматриваются в большей альтернативности и индивидуализации обучения, рассмотрении спектра используемых форм образовательной деятельности.

Специальная педагогика — сфера образования, которая не может считаться окончательно сформированной без выраженной гуманизации процесса обучения, поскольку ребенок, имеющий проблемы в развитии, постоянно нуждается в психологической помощи.

О.К. Агавелян показал важность формирования у специ-

ального педагога эмпатии — базисной составляющей, вокруг которой должна строиться профессиональная подготовка специалиста.

Профессиональной особенностью дефектолога служит соприкосновение с особыми тонкими структурами психического состояния детей. Его задачи — помочь становлению личности ребенка, разделить переживания его и его близких, облегчить душевные страдания. К сожалению, практика показывает, что далеко не каждый дефектолог готов к этому в своей профессиональной деятельности. Поэтому родители тяжело больных детей стремятся получить дефектологическое образование для оказания им помощи. Отсюда вытекает необходимость деонтологического воспитания специалистов. Если деонтология как составная часть клинической психологии изучается в медицинских вузах, то в педагогических она сегодня важна еще в большей степени. Педагогическая деонтология — часть гуманистической педагогики. Это наука о долге педагога-дефектолога перед ребенком и обществом.

Поведение педагога, его слова, тон, взгляд, невербальное общение становятся сопутствующими элементами педагоги-

ки. Педагогическая деонтология должна строиться на соблюдении специальных психологических и психопрофилактических указаний (правил, установок). Особенно это важно при контакте с детьми, дезадаптированными как кратковременно, так и длительно, когда ребенок и его близкие переживают стойкие эмоциональные посттравматические состояния и становятся чувствительными к различным раздражителям.

В свое время, обращаясь к медицинским работникам, К.И. Платонов (1957) писал, что каждый врач и медицинский работник, в какой бы области он ни работал, должен помнить о том, что слово оказывает сильное воздействие. Особо значимо это для педагогов-дефектологов. Поэтому необходимо уделять внимание развитию у дефектолога сочувствия к проблемам больного ребенка, формировать у детей доверие по отношению к педагогу, а также к той деятельности, которую он предлагает.

В педагогической работе недостаточно только внимательно, участливо и заботливо относиться к ребенку. Профессионализм специалиста также требует анализа изменений в психической деятельности детей в различных ситуациях, знания наиболее ти-

пичных реакций для данного состояния и склада личности. Знание психологических особенностей воспитанников с нарушениями в развитии дает возможность понять неадекватные реакции, а значит, и правильно построить коррекционное воздействие.

Общение с ребенком с нарушениями в развитии требует от дефектолога высокой степени профессионализма: участливого внимания, готовности выслушать и успокоить, проявить уважение, уверить, что он всегда готов помочь ребенку и его родителям. Все эти требования предполагают глубокие знания в смежных со специальной психологией науках: специальной педагогике, психопатологии, патопсихологии. Их недостаточность проявляется в неспособности оценить состояние ребенка и грамотно построить с ним отношения. Зачастую это приводит к декомпенсации состояния воспитанника, нарастанию дефекта и тяжелым психическим состояниям его родителей.

Таким образом, деонтологическое воспитание специалистов-дефектологов должно быть тесно связано с уровнем профессиональной компетенции, включающей глубокие знания дисциплин медицинского цикла.

## Влияние семейных отношений на психическое развитие детей

**Торлецкая О.П.,**

*педагог-психолог ГБОУ «Школа № 2036»,  
Москва*

---

*Аннотация.* В статье рассматриваются влияние семейных отношений на психическое развитие детей, классификация, этапы возникновения неврозов у дошкольников и подходы к их лечению.

*Ключевые слова.* Детские неврозы, психическое развитие детей, методы лечения неврозов, семейная терапия неврозов, сомнамбулизм, нервная анорексия.

---

Самым ценным и важным институтом воспитания ребенка выступает семья. Все ценности, стереотипы и установки, которые ребенок приобретает в ней, он сохраняет в течение последующей жизни. Значимость семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится в период, когда закладываются фундаментальные основы развития его личности. По длительности и важности воздействия на дошкольника ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей.

Семья может выступать в качестве как созидательного, так и разрушительного фактора влияния и воспитания. Благотворное воздействие на личность ребенка

состоит в том, что самые близкие для него люди поддерживают его, любят и, признавая его уникальность, способствуют нравственному, духовному и физическому развитию. А разрушительный фактор — холодное, равнодушное отношение к детям и их базовым потребностям.

Никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда и принести столько положительного для развития ребенка. В этом противоречии заложена психология семейных отношений и влияние их на психическое развитие детей.

Выделяют несколько типов деструктивного семейного воспитания, влияющих на особен-

ности психического развития ребенка.

• *Авторитарный стиль воспитания.* Родители считают, что ребенку не стоит позволять слишком много свободы и прав, что он должен во всем беспрекословно подчиняться их воле, авторитету. В своей воспитательной практике они не оставляют ему возможности для выбора вариантов поведения, ограничивают его самостоятельность, не позволяют возражать старшим. Авторитарные родители исключают душевную близость с детьми, они скупы на похвалу, поэтому между ними и детьми редко возникает чувство привязанности.

У детей при таком воспитании формируется чувство вины или страха перед наказаниями, и, как правило, наблюдается слишком слабый самоконтроль. Они с трудом устанавливают контакты со сверстниками из-за своей постоянной настороженности и даже враждебности к окружающим. Дети, воспитывающиеся в авторитарной семье, подозрительны, угрюмы, тревожны и вследствие этого несчастны.

• *Гиперопека.* Этот стиль воспитания характеризуется мелочной опекой со стороны родителей, жестким контролем над

поведением детей, чрезмерным навязыванием собственной воли и заботы, что лишает ребенка самостоятельности, инициативы, чувства ответственности и долга.

Ощущение неудачи, неспособности справиться самому с какой-либо проблемой приводит к появлению комплекса неполноценности, т.е. к формированию заниженной самооценки, неверию в свои силы и способности, появлению страха перед любыми трудностями в жизни. В результате формируется сценарий «избегания» всего, что потенциально может принести беспокойство.

В целом психическое созревание ребенка, воспитанного в условиях гиперопеки, чрезмерно затягивается. Формируются завышенные претензии к обществу и, как следствие, — тотальная неудовлетворенность своим положением в социальной группе.

• *Гипоопека.* Этот стиль воспитания проявляется в тотальном равнодушии к ребенку, отсутствии внимания и интереса родителей к его увлечениям и переживаниям. Запреты и поощрения формально существуют, но не контролируются родителями. Ребенок чувствует отверженность.

У ребенка, растущего в условиях гипоопеки и не получающего обратную связь от родителей, наблюдается заторможенное развитие личностных и интеллектуальных способностей. Свою «обесцененность» дети компенсируют в отношениях и приобретают поведение либо агрессора, либо жертвы.

• *Эмоциональное отвержение (эмоционально холодные семьи).* В таких семьях родители, как правило, — люди образованные, интеллектуальные. Вся их жизнь и сознание подвергаются интеллектуальной обработке. Любой поступок ребенка сопровождается нейтральной реакцией со стороны родителей: «Как будет, так и должно быть».

Родители в таких семьях слишком рано начинают требовать от ребенка определенных результатов, лишая его родительской теплоты. Как следствие, дети отрываются от окружающего мира и не воспринимают его всеми сенсорными каналами. В социуме им сложно выстроить эмоционально теплые отношения со сверстниками. У таких детей есть большой риск развития неврозов.

• *Непрогнозируемые эмоциональные реакции членов семьи.* Такие семьи характеризуются неустойчивым поведением и не-

ожиданной сменой настроения родителей по отношению к ребенку. Эти изменения не связаны с поведением детей, а зависят только от внутреннего состояния родителей. Это очень опасный тип семейного воспитания, поскольку ребенок может прогнозировать реакцию близких: за один и тот же поступок он может быть и наказан и обласкан. Отсутствие постоянства приводит к тому, что дети не чувствуют себя безопасно в пространстве семьи. Постоянная неуверенность перерастает в черту характера и в дальнейшем проецируется на все отношения.

Воспитывающиеся в таких семьях дети нестабильны, они постоянно ожидают опасности и конфликта. Чувство угрозы и непредсказуемости часто приводит к серьезным психическим нарушениям, в том числе к шизофрении.

Итак, деструктивные и неосознаваемые отношения в семье могут служить очагами возникновения невротических реакций у детей.

## **Факторы, влияющие на возникновение неврозов у детей**

Опираясь на изучение невротического симптома, рассмотрим

три основные психоаналитические теории.

По мнению З. Фрейда, невротические симптомы — заместители того, что не осуществилось (обманутые ожидания) или было вытеснено из сознания, как травмирующее событие. Он предлагал «договариваться с реальностью». К. Юнг же, наоборот, рассматривал невроз как способ самореализации или самоактуализации. Он считал, что если человек живет, он должен бороться и жертвовать тоской, чтобы восходить к своему собственному росту.

Нам близка концепция А. Адлера, который считал, что люди, больные неврозом, избрали неправильный стиль жизни в основном по той причине, что в раннем детстве они переносили физические страдания, их чрезмерно опекали и баловали или отвергали. В таких условиях люди становятся слишком тревожными, не чувствуют себя в безопасности, начинают развивать стратегию психологической защиты, чтобы справиться с чувством неполноценности. В перенапрягающихся ситуациях детства творческое «Я» создает «невротический» стиль жизни. Ребенок выдвигает эгоистическую фиктивную цель. А. Адлер считал, что невротики ведут себя

так, как если бы они жили в стране врагов.

Психоаналитическая теория дает такую интерпретацию детскому неврозу. Если ребенок длительное время испытывает физическое или моральное давление со стороны родителей и не ощущает себя в безопасности, у него развивается чувство агрессии и враждебности по отношению к родителю (родителям). Однако поскольку он базально зависим от них физически и психологически, на выражение агрессивных чувств стоит запрет. Психологический фон ребенка находится в постоянной фрустрации между желанием выразить свои чувства и запретом на них, и невроз — единственный выход для трансляции внутренних страданий.

Итак, одна из основных провоцирующих причин детских неврозов — действия взрослых, воспитательные ошибки, которые формируют невротические реакции, а в дальнейшем вызывают психологическую нестабильность.

*Негативные модели воспитания:*

— неприятие, подсознательное нежелание любить и воспитывать ребенка, в случае, когда его пол не соответствует ожиданиям родителей;



- разные подходы к воспитанию со стороны родителей;
- чрезмерная жесткость родителей;
- конфликты в семье — внутри-семейные неурядицы, разводы, ссоры.

Все эти факторы ложатся на «благодатную почву» незрелости нервной системы детей, приводя к негативным последствиям.

Чаще всего неврозы формируются под влиянием нескольких факторов. Невроз вряд ли разовьется у ребенка из психологически благополучной семьи даже после сильного страха или испуга. Родители в такой ситуации быстро реагируют и обычно вовремя помогают детям справиться с проблемой без расстройства нервной системы.

*Проявления неврозов у детей:*

- изменение поведения, характера;
- частые слезы без видимых причин, плаксивость;
- резкие реакции на незначительные изменения в виде отчаяния или агрессии;
- тревожность, излишняя ранимость;
- сильная реакция на громкие звуки и яркий свет;
- нарушение сна: сон тревожный, некачественный.

*Соматические проявления неврозов у детей:*

- чрезмерная жажда;
- нарушение аппетита;
- рвота после еды;
- непереносимость отдельных видов пищи;
- ожирение;
- нарушение дыхания, потливость;
- нейродермит, эпизодический кожный зуд и т.д.

## Классификация неврозов у детей

Рассмотрим наиболее простую классификацию неврозов по их клиническому проявлению.

- *Тревожный невроз, или невроз страха.* Может проявлять себя в виде приступов страха, которые часто возникают при засыпании или в одиночестве, и иногда могут сопровождаться видениями. Страхи у детей в разном возрасте могут быть различными: среди дошкольников распространены страх оставаться в одиночестве, боязнь темноты, персонажей страшных мультфильмов или фильмов. Младшие школьники могут бояться школы или плохих оценок, строгого учителя или старших учеников. Зачастую из-за страхов дети прогуливают уроки. Проявления данного невроза: плохое настроение, нежелание оставаться одному, изменения в поведении, в

сложных случаях — недержание мочи. Тревожный невроз часто встречается у чувствительных домашних детей, в дошкольном возрасте мало общавшихся со сверстниками.

• *Невроз навязчивых состояний.* У детей он может протекать в виде невроза навязчивых действий (обсессий) или фобического невроза, а также с наличием, как фобий, так и навязчивых действий одновременно. Навязчивые действия — непроизвольные движения, возникающие при эмоциональном напряжении вопреки желанию ребенка. Он может мигать, моргать, морщить нос, вздрагивать, притопывать ногой, покашливать, шмыгать носом.

• *Нервный тик.* Это непроизвольные подергивания, вызванные как психологическими факторами, так и наличием определенных заболеваний. Изначально оправданные действия на неблагоприятном фоне затем закрепляются уже как навязчивости. При болезнях глаз могут сформироваться привычки к миганию, морганию, потиранию глаз, при частых простудах и воспалении верхних дыхательных путей — шмыгание носом или подкашливание. Они обычно проявляются в период после 5 лет. Нервные тики затрагивают

лицевые мышцы, шею, верхние конечности, могут быть со стороны дыхательной системы, сочетаться с недержанием мочи или заиканием.

• *Депрессивные неврозы.* Для дошкольников они не характерны, обычно к ним склонны дети школьного возраста, особенно в период полового созревания. Ребенок стремится быть в одиночестве, отстраняется от окружающих, постоянно пребывает в подавленном настроении, у него наблюдаются слезливость и снижение самооценки. Могут также ухудшиться физическая активность, аппетит. Наблюдаются бессонница, мимика невыразительная, речь тихая и скудная, постоянная грусть на лице. Такое состояние требует особого внимания, поскольку может привести к тяжелым последствиям.

• *Невротический логоневроз.* Заикание, или невротический логоневроз более характерно для мальчиков до 5 лет в период активного становления речи и формирования фразового разговора. Возникает на фоне психологической травмы (скандалы в семье, разлука с близкими, острые психологические травмы, страх, испуг). Причинами логоневрозов могут служить перегрузки информацией и повышенные

учебные нагрузки. Речь ребенка становится прерывистой, с паузами. Он повторяет слоги и не может выговорить слова.

- *Сомнамбулизм (лунатизм, сноговорение).* Невротические расстройства сна могут возникать в виде долгого и трудного засыпания, беспокойного и тревожного сна с частыми просыпаниями, наличием кошмаров и ночных страхов, разговорами во сне и хождением по ночам. Снохождение и сноговорение связаны с особенностями сновидений и работой нервной системы. Зачастую сомнамбулизм появляется в 4—5 лет.

- *Нервная анорексия.* Нарушения аппетита встречаются часто как у дошкольников, так и у подростков. Обычно их причины — перекормы или кормления насильно, совпадение приемов пищи со скандалами и ссорами в семье, сильный стресс. При этом ребенок может отказаться от любой пищи или от некоторых ее видов, он длительно жует и не глотает еду, мнительно относится к содержимому тарелки, вплоть до рвотного рефлекса. На фоне плохого питания наблюдаются изменения настроения, капризы за столом, плач и истерики.

Встречаются и такие варианты неврозов, как детский невро-

тический энурез (недержание мочи) и энкопрез (недержание кала).

Как правило, склонность к неврозам закладывается в раннем возрасте, когда формируются и закрепляются стрессовые привычные патологические действия: кусание ногтей или сосание пальца, раскачивание туловища или конечностей, накручивание волос на пальцы или их выдергивание. Если их не устранить в раннем возрасте, на фоне стрессов могут возникнуть неврозы и сформироваться фобии, выражающиеся в страхе смерти, боязни замкнутых пространств, различных предметов, грязи.

Как распознать невроз у ребенка?

Прежде всего стоит обратиться к педиатру или неврологу, поговорить с опытным психологом и психотерапевтом. Врачи обследуют ребенка и уберут органические причины нарушений и заболеваний.

## Этапы диагностики неврозов у детей

Диагностика неврозов у детей проводится в несколько этапов. Перечислим их.

- Диалог с родителями. Проводится детальный анализ психологической обстановки в

семье. Важно откровенно рассказать специалисту все детали: взаимоотношения родителей и ребенка, между родителями, ребенком и сверстниками, родственниками.

- Обследования родителей и ближайших родственников, принимающих непосредственное участие в воспитании ребенка, изучение психологического климата в семье с выявлением ошибок в поведении и воспитании.

- Беседы с ребенком проводятся в процессе игры и общения по заранее разработанным вопросам.

- Наблюдение за ребенком — детальное наблюдение за игровой деятельностью ребенка, которая возникает спонтанно или организована заранее.

- Рисование и детальный анализ рисунков, по которым зачастую можно понять переживания и чувства ребенка, его желания и эмоциональное состояние.

На основании этого делается заключение о наличии и типе невроза, затем разрабатывается детальный план лечения. Обычно терапией занимаются психотерапевты или психологи. Лечение проводится амбулаторно и в домашних условиях. Госпитализировать ребенка с неврозом не требуется.

## Лечение неврозов

В терапии неврозов у детей главным методом служит психотерапия. Родителям важно понять, что самостоятельно при помощи книг, Интернета или игр они немного достигнут, а можно и навредить, усугубив течение невроза.

Психотерапия — сложное системное воздействие на психику ребенка и особенности его характера. Она направлена на то, чтобы нормализовать или существенно улучшить внутрисемейную обстановку и взаимоотношения, скорректировать воспитание. Дополнительно для коррекции психосоматического фона и достижения больших успехов в психотерапии применяют медикаментозные препараты, рефлекс- и физиотерапию.

Индивидуальный план лечения разрабатывается только специалистом для каждого ребенка отдельно, а при необходимости и для членов семьи.

Используют как групповую, так и индивидуальную и семейную психотерапию. Большую роль в лечении неврозов представляет семейная форма психотерапии. При проведении сеансов врач непосредственно выявляет проблемы жизни ребенка и его семьи, помогает в устранении эмоциональных проблем,

нормализует систему взаимоотношений и корректирует манеру воспитания.

**Семейная психотерапия.** Проводится в несколько последовательных этапов.

- *Этап 1* — обследование семьи и постановка «семейного диагноза» (выявляются личностные, социальные и психологические особенности членов семьи, отклонения во взаимоотношениях с ребенком).

- *Этап 2* — обсуждение проблем семьи и ребенка с родителями и родными. В ходе бесед подчеркиваются роль родителей в воспитании детей, необходимость в сотрудничестве со специалистом и определяется педагогический подход.

- *Этап 3* — занятия с ребенком в специально оборудованной игровой комнате, где есть игрушки, письменные принадлежности и другие предметы. Ребенку дается время на самостоятельные игры, чтение или занятия, по мере того как будет установлен эмоциональный контакт, затем проводится беседа в игровой форме.

- *Этап 4* — совместная психотерапия ребенка и родителей. Для дошкольников организуется совместная деятельность с предметными играми, постройками или рисованием. У школьников

используются предметные игры и обсуждения на разные темы. Специалист оценивает привычные конфликты детей и родителей и эмоциональные реакции. Затем акцент переключается на ролевые игры, которые выражают общение детей в жизни, — игры «в семью» или «в школу». Родители и дети разыгрывают сценарии, в которых меняются ролями. Психотерапевт в процессе игр демонстрирует оптимальные модели в семейных отношениях. Это постепенно создает условия для перестраивания семейных отношений и устранения конфликтов.

**Индивидуальная психотерапия.** Проводится с использованием различных методик, имеющих комплексное влияние на ребенка. Перечислим их.

- *Рациональная (разъясняющая) психотерапия.* Разъясняющую терапию врач проводит путем прохождения ряда этапов. После установления эмоционального контакта он рассказывает ребенку, что происходит с воспитанником и почему. Затем на следующем этапе в игровой форме или в форме беседы пытается определить источники переживаний. Следующий этап — своего рода домашнее задание. Это окончание начатого психотерапевтом рассказа или

сказки. Разбирая разные варианты завершения рассказа, ребенок пытается разрешить трудные ситуации, конфликты. В случае необходимости психотерапевт помогает ему. Даже небольшие успехи в овладении ситуациями с одобрения врача способствуют дальнейшему улучшению отношений и коррекции патологических черт характера.

- *Арт-терапия.* Рисование или лепка порой могут дать гораздо больше информации о ребенке, чем другие методы. При рисовании ребенок начинает разбираться в своих страхах и переживаниях, а наблюдение за ним в процессе работы предоставляет информацию о его характере, общительности, фантазии и потенциале. Эффективно рисование на темы семьи, отражения страхов, переживаний. Иногда используют лепку или бумажные техники аппликации. Зачастую по детским работам можно получить много скрытой информации, а с помощью рассказа о рисунке проработать страх.

- *Игровая терапия.* Используются у детей до 10—12 лет, когда они испытывают потребности в играх. Игры организуются по особому плану и предполагают эмоциональное участие в них психотерапевта, учет способности к перевоплощению.

Могут использоваться как спонтанные игры-наблюдения, так и направленные, без импровизаций. В ходе игр можно отработать навыки общения, двигательного и эмоционального самовыражения, снять напряжение и устранить страхи. Психотерапевт во время игры создает ситуации стресса, спора, страха, обвинений и дает ребенку возможность самостоятельно выйти из них или с его помощью.

Особенно хорошо неврозы лечатся при таком методе в возрасте до 7 лет. Вариантом игровой терапии выступает сказкотерапия, предполагающая сочинение и рассказ сказок с изготовлением особых персонажей, марионеток или кукол. Могут прослушиваться особые терапевтические сказки в форме медитации под спокойную музыку в лежачем положении. Проводятся также психодинамические медитации-сказки с перевоплощением ребенка в животных и выполнением упражнений.

- *Аутогенные тренировки.* Аутогенные тренировки используют для подростков. Эта методика расслабления особенно эффективна при системных неврозах с заиканием, тиками и недержанием мочи. Создание положительного настроения за счет речи и

действий врача (к примеру, представить себя в самом приятном месте) приводит к мышечному расслаблению, уменьшению или даже полному исчезновению проявлений нарушений. Положительное состояние закрепляется в подсознании, повышается вера в то, что можно выздороветь.

**Суггестивная (метод внушения) психотерапия.** Предполагает внушение ребенку в состоянии бодрствования под гипнозом или косвенным внушением определенных позитивных установок.

**Гипноз (гипнотерапия).** Применяется только в особо сложных случаях для мобилиза-

ции психологических и физиологических ресурсов организма. Гипнотерапия быстро убирает симптомы нарушений. Однако данный метод имеет много противопоказаний и у детей применяется ограниченно.

**Групповая психотерапия.** Применяется при длительном течении невроза, неблагоприятных личностных изменениях (повышенный уровень требований к себе, эгоцентричность, трудности в общении и связанные с этим расстройства — стеснение, робость, застенчивость).

Таким образом, главное в воспитании ребенка — достижение душевного единения, контакта родителей с ним.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет



## ДИАЛОГ С РОДИТЕЛЯМИ

### Методический аспект

### взаимодействия детского сада и семьи

Авторы — Бабынина Т.Ф., Гильманова Л.В.,  
Головенко В.Э.

В пособии рассматриваются вопросы привлечения родительской общественности к эффективному сотрудничеству с педагогами ДОО. Проект состоит из трех направлений: аналитического (изучение семей воспитанников, уровня знаний педагогов), информационного (расширение знаний воспитателей о формах сотрудничества), практического (использование клубной деятельности в работе с семьями). Основной формой взаимодействия выбрана клубная деятельность.

Закажите в интернет-магазине [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)



## НОВИНКИ ОКТЯБРЯ 2017 ГОДА



### ИННОВАЦИОННЫЙ ПОИСК Обновление системы методической работы в ДОО

Авторы — Кузнецова С.В., Пронина М.Ю.,  
Ромаикова М.В.

В пособии представлены проекты инновационной деятельности педагогов в системе методической работы ДОО. Описаны разнообразные формы работы с педагогическим коллективом, содержание которой направлено на принятие педагогами изменений в современном дошкольном образовании и понимание значимости своей активной позиции в использовании новых подходов организации образовательной деятельности дошкольников.



### ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПЕСОЧНИЦА ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ 3—5 ЛЕТ

Авторы — Сапожникова О.Б., Петрик Т.А.

В пособии представлены занятия по формированию и коррекции речи детей 3—5 лет с использованием педагогической песочницы. Особое внимание уделяется формированию мелкой моторики, совершенствованию перцептивных движений, а также обогащению и закреплению словаря. Пособие адресовано учителям-логопедам, воспитателям ДОО, а также родителям.



### ЗАНЯТИЯ ПО РИСОВАНИЮ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Авторы — Р.Г. Казакова, Т.И. Сайганова,  
Е.М. Седова, В.Ю. Слепцова, Т.В. Смагина

В данной книге представлены планирование занятий с использованием различных нетрадиционных художественных техник, а также сценарии наиболее интересных из них. К традиционным техникам детского рисования относят рисование карандашами и красками с помощью кисти; к нетрадиционным — другие виды художественно-изобразительной деятельности для развития художественной одаренности.



## ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 1—3 ЛЕТ

Авторы — Токаева Т.Э., Бояршинова Л.М., Троегубова Л.Ф.

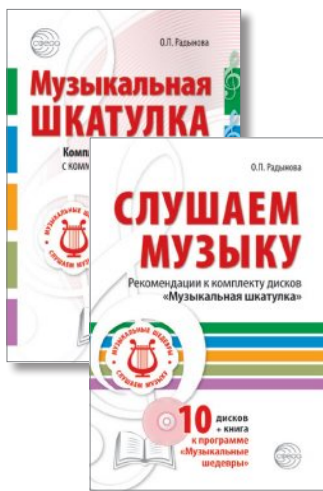
Данное учебно-методическое пособие посвящено воспитанию ребенка 1—3 лет как субъекта физкультурно-оздоровительной деятельности. В нем представлена технология физического развития детей раннего возраста. Дано подробное описание развивающих физкультурно-оздоровительных занятий, игр, гимнастик, планирование освоения основных видов движений и физкультурно-оздоровительной деятельности детей.



## ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 5—6 ЛЕТ

Авторы — Токаева Т.Э., Кустова Л.Б.

Данное учебно-методическое пособие по воспитанию ребенка 5—6 лет как субъекта физкультурно-оздоровительной деятельности является методическим обеспечением парциальной программы дошкольного образования по физическому развитию детей 3—7 лет «Будь здоров, дошкольник». Раскрываются основная структура педагогической технологии, вопросы организации физкультурно-оздоровительных занятий, развития двигательных способностей детей 5—6 лет.



## КОМПЛЕКТ «МУЗЫКАЛЬНАЯ ШКАТУЛКА» из 10 дисков и книги с комментариями к музыкальным произведениям

Комплект содержит доступные дошкольникам фрагменты мировой музыкальной сокровищницы всех эпох, ознакомление с которыми необходимо для полноценного общего развития детей. Музыкальные произведения собраны и систематизированы по шести темам, что помогает легко ориентироваться в выборе нужных произведений. Методическое сопровождение поможет разъяснить детям сущность музыки как вида искусства, сформировать основы вкуса и представления о красоте, развить эмоции, воображение, творческое начало.

## НОВЫЙ САЙТ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ!

Интернет-магазин  
**www.sfera-book.ru**



## НА НОВОМ 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
<b>Комплект для руководителей ДОО (полный):</b> журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (4); <b>рабочие журналы (1):</b> — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804	39757	10399
	Подписка с рабочими журналами в первом полугодии	Без рабочих журналов	Без рабочих журналов
<b>Комплект для руководителей ДОО (малый):</b> журнал «Управление ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)	82687		
<b>Комплект для воспитателей:</b> журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
<b>Комплект для логопедов:</b> 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	<b>Детские издания</b>	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](http://www.sfera-book.ru).**

На сайте журналов: [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru) открыта подписка  
РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

## В следующем номере!

- Как не допустить формирования у ребенка сердечно-сосудистого заболевания?
- Неврологические особенности развития детей в раннем возрасте
- Генетические аспекты развития
- Вредные мультфильмы. Как родители могут определить, вреден ли мультфильм для их ребенка?

---

### Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru). В Москве можно заказать курьерскую доставку изданий по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, e-mail: [sfera@tc-sfera.ru](mailto:sfera@tc-sfera.ru). (В заявке укажите свой точный адрес, телефон, наименование и требуемое количество.)



**«Медработник ДОУ»  
2017, № 7 (75)**

**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

**Корректор** Л.Б. Успенская

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 ПИ № 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](mailto:dou@tc-sfera.ru)

**[www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru); [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru)**

**Рекламный отдел:**

Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 24.10.17.

Формат 60×90<sup>1/16</sup>. Усл. печ. л. 8,0.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2017  
© Т.В. Цветкова, 2017



4 607 091 440263 0 0073



# К ЗДОРОВОЙ СЕМЬЕ ЧЕРЕЗ ДЕТСКИЙ САД



Система обеспечения эмоционального благополучия и укрепления здоровья детей:

- вооружит конкретным механизмом укрепления физического и психического здоровья детей;
- повысит компетентность родителей через различные формы школ здоровой семьи;
- реализуется в ДОО, в любой образовательной программе, а также в семейном образовании;
- разработана специалистами 42 вузов и практических центров России;
- предназначена педагогам, психологам, методистам, медицинским работникам.



**Сохранение здоровой нации** — одна из основных задач образовательной системы и семьи.

**Семья** — главный воспитатель, и замены ей нет. Ведь именно от старшего поколения к младшему передаются нравственные и духовные ценности, культурные традиции, составляющие базис этноса.

Объединив усилия семьи и детского сада, мы сделаем все, чтобы защитить наших детей, укрепить их здоровье, уберечь от бед и разочарований. Ведь именно от нас, взрослых, зависит, как сложится судьба каждого из них.

*Руководитель партийного проекта «Детские сады — детям»,  
заместитель председателя комитета по образованию  
Государственной Думы Федерального собрания РФ*

*А. Аршинова*

**Издательство «ТЦ СФЕРА»**

**Адрес:** 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

**Тел.:** (495) 656-75-05 (реализация), 656-73-00, 656-70-33 (редакция)

**E-mail:** sfera@tc-sfera.ru. **Сайты:** www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

**Интернет-магазин:** www.sfera-book.ru





# Медработник

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Для медицинских работников, руководителей  
и педагогического коллектива ДОО



*Забота о здоровье детей — ежедневный, кропотливый, творческий труд коллектива единомышленников: медицинских работников, администрации, педагогического коллектива и, конечно, родителей.*

*Приглашаем присоединиться к кругу наших читателей и авторов. Делитесь опытом, обсуждайте насущные проблемы, общайтесь с коллегами различных регионов нашей страны! Создадим вместе сферу охраны здоровья!*

**Подпишитесь на свой  
профессиональный журнал!**



**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

На сайте журналов [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru) открыта  
**редакционная и электронная подписка**

Подробнее на сайте [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru)