



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№4/2017



О самом главном  
Чуде на Земле

Причины  
и проявления  
психосоматизации  
в раннем детстве

Офтальмология  
от 1 до 3 х лет

ОРВИ  
и их осложнения

Ранняя комплексная  
помощь детям  
с отклонениями  
в развитии



ГОСТЬ НОМЕРА:  
Нина  
Антоновна  
КУЗНЕЦОВА

# ФОРМИРУЕМ ПРИВЫЧКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

с наглядным пособием «ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА»

Демонстрационный материал рекомендован для использования в групповой и индивидуальной работе с детьми от 3 лет.

Занятия по формированию здорового образа жизни можно включать в режимные моменты работы ДОО, а также интегрировать с другими направлениями развивающей деятельности.

Методический комплект опирается на идею триединства здоровья: физического, психического и духовно-нравственного, и включает в себя занятия на темы:

- ▶ Режим дня
- ▶ Интерес
- ▶ Закаливание
- ▶ Грусть
- ▶ Личная гигиена
- ▶ Воображение
- ▶ Зарядка
- ▶ Отдых
- ▶ Прогулка
- ▶ Сон
- ▶ Физкультура
- ▶ Прощение
- ▶ Питание
- ▶ Самостоятельность
- ▶ Ощущение
- ▶ Радость



Издательство «ТЦ СФЕРА»

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 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

№ 4/2017

**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. Организация системы ранней помощи  
в современных условиях ..... 5

### ГОСТЬ НОМЕРА

Кузнецова Н.А. Как мы войдем в жизнь, так ее и проживем ..... 6

## Гигиена

### ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКА

Робенкова Ю.П. Офтальмология: дети 1—3 лет ..... 12

### ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Дружиловская О.В. Физическое здоровье дошкольника ..... 14

## Педиатрия

### ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК

Кузнецова Н.А. О самом главном чуде на Земле ..... 20

### НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Разумова Г.В. Причины и проявления психосоматизации  
в раннем детстве ..... 24

### ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гришечко Ю.В. ОРВИ и их осложнения ..... 32

### ЛЕКОТЕКА

Доронина А.К. Специфика адаптации к ДОО детей,  
посещавших службу ранней помощи ..... 37

Шаркова В.А. Ранняя комплексная помощь детям  
с отклонениями в развитии ..... 39

## Педагогика

### РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

- Дружиловская О.В. Социализация ребенка  
с психофизиологическими особенностями ..... 42

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

- Артемова Е.Э., Куризова В.В. Музыкотерапия — средство  
гармонизации эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР ..... 48

### КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

- Поликарпова Л.А. Особенности развития  
психических функций у детей с ОНР ..... 52
- Гуськова А.А. Подвижные и речевые игры для детей с ОНР ..... 58

### ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

- Конышева О.В. Синдром дефицита внимания  
с гиперактивностью ..... 69

## Актуально!

### НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р  
«Об утверждении Концепции развития ранней помощи  
в Российской Федерации на период до 2020 года» ..... 74

### ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ

- Захаркина Н.Б. Групповые игровые сеансы  
для детей раннего возраста ..... 101

### ГОРЖУСЬ ПРОФЕССИЕЙ СВОЕЙ

- Конышева О.В. Моя философия ..... 106

### САМООБРАЗОВАНИЕ

- Ворошилова Е.Л. Концепция ранней помощи  
в Российской Федерации: содержание и перспективы ..... 108

### РАБОТА С СЕМЬЕЙ

- Жиянова П.Л. Стратегии ранней помощи:  
семейно-центрированная модель ..... 112

- Кошечкина Т.В. Парадигмы отношения к ребенку  
раннего возраста с нарушениями развития ..... 120

- А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ? ..... 36, 47, 68, 72, 111**

- КНИЖНАЯ ПОЛКА ..... 19, 73, 119, 123**

- ВЕСТИ ИЗ СЕТИ ..... 126**

- КАК ПОДПИСАТЬСЯ ..... 127**

- АНОНС ..... 128**

## Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ямчикова 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.

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

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

# Индекс

- ГБОУ «Школа № 492»,  
Москва ..... 37
- ГБОУ «Школа № 1394»,  
Москва ..... 9, 52, 69
- ГБОУ «Школа № 2036»,  
Москва ..... 101
- ГБУЗ «Городская клиническая  
больница им. С.С. Юдина»,  
Москва ..... 6
- Кафедра анатомии, физио-  
логии и клинических основ  
дефектологии ФГБОУ ВО  
«Московский педагогический  
государственный университет»,  
Москва ..... 14, 42
- Кафедра коррекционной  
педагогики и специальной  
психологии ФГОАУ ДПО  
«Академия повышения  
квалификации и  
профессиональной  
переподготовки работников  
образования», Москва ..... 108, 120
- Кафедра специального (де-  
фектологического) образова-  
ния ФГБОУ ВО «Московский  
государственный психолого-  
педагогический универси-  
тет», Москва ..... 48
- МБДОУ д/с № 46, г. Самара ..... 58
- Реабилитационный центр  
«Резонанс», Москва ..... 32
- Факультет клинической и спе-  
циальной психологии ФГБОУ  
ВО «Московский государ-  
ственный психолого-педаго-  
гический университет»,  
Москва ..... 48
- ФГБОУ ВПО «Калужский госу-  
дарственный университет им.  
К.Э. Циолковского», г. Калуга ..... 24
- Филиал № 4 ГБУЗ ДКЦ ДЗМ  
№ 1, Москва ..... 12
- Центр сопровождения семьи  
НО «Благотворительный  
фонд “Даунсайд Ап”»,  
Москва ..... 112

- Артемова  
Ева Эдуардовна ..... 48, 54
- Ворошилова Елена  
Леонидовна ..... 108
- Гришечко  
Юлия Вячеславовна ..... 32
- Гуськова Алевтина  
Александровна ..... 58
- Доронина  
Анна Константиновна ..... 37
- Дружиловская Ольга  
Викторовна ..... 14, 42
- Жиянова Полина Львовна ..... 112
- Захаркина  
Надежда Борисовна ..... 101

- Конышева Ольга  
Васильевна ..... 69, 106
- Кошечкина Татьяна  
Вячеславовна ..... 120
- Кузнецова  
Нина Антоновна ..... 6, 20
- Куризова  
Валентина Владимировна ..... 48
- Поликарпова Людмила  
Александровна ..... 52
- Разумова Галина Витальевна ..... 24
- Робенкова Юлия Пауловна ..... 12
- Шаркова Вера Алексеевна ..... 39

## Организация системы ранней помощи в современных условиях

В настоящее время в детской популяции выделяется достаточно большая группа детей с ограниченными возможностями здоровья, которые не могут быть включены в образовательные программы вследствие тяжести и сложности нарушений развития или расстройств поведения, приводящих к социальной дезадаптации. В целях обеспечения более полной коррекции и компенсации имеющихся нарушений развития внесены изменения в организацию системы ранней помощи РФ, что законодательно закреплено в Концепции ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года.

Мы решили обсудить новые направления ранней помощи на страницах журнала со специалистами разных областей: врачами, педагогами, психологами, дефектологами. В раннем возрасте, как наиболее критическом и в то же время сензитивном, можно предупредить и компенсировать отклонения в развитии. Важно как можно раньше их выявить. Динамическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья детей раннего возраста обеспечивается диспансеризацией. Ее цели — формирование, сохранение и укрепление здоровья детей, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности. Диспансерное наблюдение начинается после выписки ребенка из родильного дома и осуществляется до 3 лет. В раннем возрасте определяется группа здоровья ребенка и выделяются группы риска.

Дети группы риска нуждаются в динамическом наблюдении специалистов. Педиатры обследуют общее состояние основных систем органов ребенка, наблюдают за динамикой его психического развития, назначают медикаментозное лечение, если он заболел. Особое значение приобретают различные аспекты деятельности невропатолога и психиатра. Это связано с тем, что дети, поступающие в группы ранней помощи, имеют отклонения в развитии ЦНС, в их истории развития присутствуют разнообразные факторы риска, негативно влияющие на процесс созревания мозговых структур и характер развития функциональных систем организма.

Таким образом, ранняя помощь детям содержит комплекс медико-психологического-педагогических воздействий, которые обеспечиваются специалистами, работающими с детьми и семьей. На страницах журнала мы обсуждаем различные формы коррекционной работы, экспериментально обоснованные и имеющие практическое значение. Современная модель ранней помощи дает возможность сформировать потребность у ребенка в вербальном общении, стимулировать соответствующим возрасту формами общения. Таким образом, создается адаптивная среда для детей раннего возраста с целью компенсации дефицита возможностей, достигается их полноценное развитие и интеграция в среду нормально развивающихся сверстников.

*С уважением, главный редактор журнала О.В. Дружиловская*

# Как мы войдем в жизнь, так ее и проживем

**Кузнецова Нина Антоновна,**  
врач-неонатолог-реаниматолог ГБУЗ  
«Городская клиническая больница им. С.С. Юдина», Москва

*Нина Антоновна, расскажите немного о себе. Как начинался Ваш путь врача?*

Я выросла в семье врачей. Мой отец работал в закрытом военном институте, был доктором медицинских наук, профессором, начальником отдела военной токсикологии. Всю свою жизнь он посвятил изучению проблем минимализации потерь личного состава Советской армии при поражениях боевыми отравляющими веществами. Данный вид оружия сейчас запрещен во всем мире. Но во время Второй мировой войны химическое оружие было реальной угрозой как для армии, так и для мирного населения.

Отец неоднократно подвергался воздействию нервно-паралитических и кожно-нарывных отравляющих веществ во время клинических испытаний антидотов (противоядий). В медицину он пришел также по проторенной дорожке. Его отец и брат были военными хирургами. Сын и внук моего дяди по линии отца также выбрали профессию врача.

Моя мама была врачом-терапевтом. Выбрать эту стезю она решила благодаря своей деревенской бабушке, которая лечила все село травами, молитвой и добрым словом. Мама поступила в медицинский институт в Москве перед самой войной, а доучиваться ей пришлось в эвакуации в Ашхабаде, где в то время работал ее отец. Учеба шла по ускоренной программе, по 12 часов в сутки, без каникул и выходных, благодаря чему институт мама закончила в 1944 г. и попала на фронт.

Она служила хирургом в госпитале специализированной помощи Второго Белорусского фронта, спасла жизни многим бойцам и командирам. Во время операции по освобождению польских городов Гдыни и Гданьска к ним в госпиталь шел огромный поток раненых. Спать приходилось по два-три часа, а у операционного стола стояли по 17—20 часов. Только молодой организм мог выдержать такую нагрузку. За эти героические дни мама получила боевую награду — орден Красной Звезды.

С раннего детства я слышала рассказы о войне, медицине, росла в атмосфере врачебных проблем и латинских терминов. Поэтому уже в старших классах для меня не стояла проблема выбора института. Вопрос о специализации встал уже потом, когда я его заканчивала. Мне кажется, сама судьба направляла меня. За все время работы я ни разу не пожалела о своем выборе профессии.

Мне в жизни очень повезло. Я окончила Второй Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова (ныне — РГМУ Росздрава), где благодаря замечательным учителям — профессору кафедры госпитальной педиатрии В.А. Таболину и зав. кафедрой акушерства и гинекологии Г.М. Савельевой — родилась моя любовь к перинатологии. В ординатуре по неонатологии я обучалась на первой в России кафедре неонатологии у таких маститых педагогов, как В.В. Гаврюшов и А.М. Большакова. По ее окончании я осталась работать на клинической базе кафедры неонатологии в родильном доме 7-й городской клинической больницы (ныне — Городская клиническая больница им. С.С. Юдина). За время работы вела детей с различной патологией, на искусственной вентиляции легких, с кровотечениями, желтухой, занималась выхаживанием глубоко недоношенных детей с

массой тела от 500 г до 1 кг. Некоторое время я совмещала клиническую практику в роддоме с преподаванием на родной кафедре неонатологии.

Моя старшая дочь продолжает нашу врачебную династию. Она кандидат медицинских наук, занимается проблемами детской аллергологии и иммунологии. Десятилетняя внучка тоже интересуется медицинскими проблемами и мечтает стать врачом.

Я имею сертификаты ко всем формам работы врача-неонатолога-реаниматолога, владею навыками первичной и реанимационной помощи новорожденным, основами интенсивной терапии и трансфузиологии, энтерального и парентерального питания детей, хорошо знаю принципы выхаживания детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, провожу ультразвуковую диагностику патологии новорожденных. Я член ассоциаций перинатологов, неонатологов, детских анестезиологов-реаниматологов.

**Какие проблемы в неонатологии Вас волнуют в настоящее время?**

Неонатология — наука относительно молодая. Она стала самостоятельной в 50-е гг. XX в. В нашей стране неонатология официально зарегистрирована как отдельная отрасль педиатрии в 80-е гг. XX в. Заведующий кафедрой неонатоло-

гии и ректор Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей (ныне — Российская медицинская академия последипломного образования), где я тогда училась в ординатуре, был основоположником отечественной науки о новорожденных.

За небольшое время своего существования эта молодая наука семимильными шагами ушла далеко вперед, особенно в плане лечения и выхаживания недоношенных маловесных, доношенных и переношенных, перенесших гипоксию детей, малышей с различной легочной патологией. Глубоко изучается проблема различных режимов оксигенации новорожденных, от поступления в дыхательные пути воздушно-кислородной смеси под повышенным давлением через носовые канюлы (CPAP) до различных вариантов искусственной вентиляции легких, включая режимы высокочастотной вентиляции. Много внимания уделяется парентеральному питанию недоношенных детей и новорожденных в тяжелом состоянии, расчетам потребности в различных ингредиентах, инфузционной терапии, лабораторных обследованиях.

Многие новорожденные, родившиеся в тяжелом состоянии, те, которые еще 20 лет назад были обречены, сейчас успешно лечатся и вырастают во вполне здоровых малышей. Резко снизилась перина-

тальная смертность, особенно, ее ранний, неонатальный компонент.

Однако остается еще масса нерешенных проблем. Главные из них — лечение глубоко недоношенных детей, особенно с экстремально низкой массой тела (до 1 кг).

В 1992 г. наша страна приняла критерии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) живорождения и мертворождения, а в 2012 г. стала следовать рекомендациям этой организации по выхаживанию детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, на основании которых ребенком уже считается живорожденный, родившийся после 22-й недели беременности. Такие дети имеют ряд особенностей, в первую очередь у них наблюдается незрелость головного мозга, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, иммунной, пищеварительной систем. Капилляры коры головного мозга и подкорковых ядер построены по концевому типу, не имеют связей (анастомозов) друг с другом. В связи с этим при малейших повреждениях гипоксического характера резко нарушается питание мозговых клеток с последующими выраженным изменениями ишемического (обескровливание) или геморрагического (кровоизлияния) характера и гибелью целых участков мозга и проводящих путей. Как след-

ствие — эпилепсия, умственная отсталость, аутизм, ДЦП.

В то же время, ввиду крайней незрелости клеток головного мозга у глубоко недоношенных детей, только в раннем возрасте нервные клетки способны к значительному восстановлению. Таким образом, ранняя диагностика и своевременное лечение могут решить проблему дальнейшей реабилитации детей с тяжелыми перинатальными повреждениями.

Еще одна проблема — крайняя незрелость иммунной системы у детей с экстремально низкой массой тела, в результате которой они очень подвержены различным инфекциям, в первую очередь легочным, с тяжелым течением процесса. В связи с этим таким малышам сразу после рождения назначают массивную антибактериальную терапию, постоянную инфузционную терапию (нередко через центральные вены), переливание крови. Легкие в этом возрасте еще не готовы к самостоятельному обеспечению кислородом всех органов и систем, поэтому маловесные дети с рождения находятся на искусственной вентиляции легких, что служит высоким риском возникновения инфекции.

К сожалению, если ребенок родился около (чуть больше) гестационной середины беременности, впоследствии у него возникает много тяжелых осложнений,

нений, грубо влияющих на качество его дальнейшей жизни. Кроме анатомо-физиологических и психических в этом случае возникают и серьезные социальные проблемы: конфликты, рушатся семьи, несчастные матери становятся обреченными в одиночку воспитывать детей-инвалидов, а это требует больших эмоциональных и материальных затрат.

### *Каковы пути решения этих проблем?*

Надо понимать, что в моей специальности, как ни в какой другой, очень важно, чтобы штат отделений был укомплектован опытными и грамотными специалистами, способными своевременно оказать ребенку всю необходимую помощь. Ведь от того, как человек войдет в эту жизнь, зависит его телесное и душевное здоровье и, по большому счету, то, как он проживет эту жизнь. Этот вопрос должен быть решен на всех уровнях неонатальной помощи: от отделений новорожденных в центральных районных больницах до больших перинатальных центров в крупных мегаполисах.

Кроме того, отделения реанимации и интенсивной терапии должны быть обеспечены самыми современными дыхательной аппаратурой, ультразвуковыми аппаратами, многофункциональными мониторами, следящими за главными функциями организма

ребенка, аппаратурой для лабораторной диагностики, бесперебойным аптечным снабжением для осуществления адекватного лечения. Все это требует больших вложений, но это оправдано, если помнить о том, что на перинатальном этапе закладывается здоровье будущих поколений.

В подавляющем числе патологических процессов у новорожденных в роддоме неонатолог и реаниматолог сталкиваются с поражениями со стороны нервной системы. Учитывая вышеизложенное, решать эти проблемы необходимо квалифицированно и в кратчайшие сроки, не затягивая процесс. Однако в штате родильных домов должности невролога-неонатолога не предусмотрено. Ее вообще нет в нашем здравоохранении. Существуют детские неврологи, давно работающие в крупных перинатальных центрах. По роду своей деятельности они хорошо изучили перинатальную неврологию, набрали опыт лечения патологии нервной системы у новорожденных и недоношенных детей. Однако в эти клиники дети попадают спустя нескольких дней после стабилизации состояния и возникновения условий для их транспортировки. В этом случае время для реабилитации может быть безвозвратно потеряно. А в небольших населенных пунктах новорожденные с неврологиче-

ской патологией так и остаются в родильных домах, в лучшем случае в отделениях патологии широкого профиля.

Из всего этого следует, что в родильных домах необходимо иметь штатную единицу детского невролога, который прошел первичную специализацию по неонатологии и знает особенности нормы и патологии нервной системы новорожденных. С первых минут жизни ребенка он должен проводить тщательный неврологический осмотр всех детей и уделять особое внимание детям с патологической неврологической симптоматикой, назначать им своевременное лечение и давать рекомендации по особенностям ухода.

В настоящий момент в нашем здравоохранении нет тесной связи между родильными домами и детскими поликлиниками. Дети, перенесшие легкую гипоксию при родах, небольшую родовую травму, компенсированные к моменту выписки, попадают на осмотр к неврологу в возрасте одного месяца, когда патология может быть уже запущена. Часто мамы, видя большую очередь перед кабинетом невролога в «грудничковый день», вообще покидают детскую поликлинику без неврологического осмотра своего чада под предлогом того, что он устал, голодный и т.д.

При налаживании четкой связи между родильными домами и

детскими поликлиниками, проведении неустанного контроля за детьми с неврологической патологией на участке не потеряется к ним внимание, а при наличии грамотного невролога в поликлинике, прошедшего специализацию по особенностям новорожденных, значительно уменьшится даже тяжелая инвалидизация детей, перенесших гипоксию, или родовую травму, к школьному возрасту.

***Нина Антоновна, выхаживая ребенка, Вы передаете его родителям. Что Вы им посоветуете?***

К сожалению, сейчас будущие молодые родители мало представляют себе те проблемы, с которыми могут встретиться, когда родится ребенок. Речь идет не о больных детях, а о здоровых новорожденных. Мало кто из будущих мам и пап думают о бессонных ночах, детских коликах, многочасовом крике. Они не понимают, что с рождением ребенка на несколько лет придется отказаться от многих удовольствий, что вся жизнь теперь будет вращаться вокруг маленького требовательного существа. А уж тем более они не думают, что могут возникнуть проблемы со здоровьем малыша. Встретившись неожиданно с трудностями подобного плана, они могут впасть в психологический ступор. Вместо того чтобы хладнокровно подойти к возникшим проблемам, постараться ре-

шить их в положительном ключе, родители ребенка иногда включают психологическую защиту, не веря поставленным диагнозам, занимаются самолечением младенца. Нередко, сталкиваясь с проблемами здоровья и воспитания, они теряются и не знают, куда обратиться.

Отчасти такая ситуация сложилась из-за отсутствия интереса беременных к школам для будущих матерей и нехватки литературы по этим вопросам. В таких школах, чтобы не запугивать будущих родителей, уделяют основное внимание вопросам ухода за здоровым ребенком и, как правило, ничего не говорят о том, что делать, если возникают проблемы. Поэтому необходимо, чтобы в школах для беременных работали квалифицированные, опытные специалисты, которые, помимо вопросов педагогики, воспитания, здоровья и профилактики, освещали бы различные медицинские проблемы новорожденных. Желательно создать между медицинскими работниками и будущими родителями теплые доверительные отношения, которые сохранятся и после рождения ребенка с тем, чтобы при возникновении проблем мама и папа могли обратиться к специалистам и получить от них помощь.

*Беседовала О.В. Дружиловская*

## Офтальмология: дети 1–3 лет

**Робенкова Ю.П.,**  
*врач-офтальмолог филиала № 4  
 ГБУЗ ДКЦ ДЗМ № 1, Москва*

*Аннотация.* В статье представлено офтальмологическое обследование детей раннего возраста в целях выявления аномалий рефракции и предупреждения развития косоглазия, миопии и амблиопии.

*Ключевые слова.* Детская офтальмология, рефракция, аккомодация, скиаскопия, косоглазие, астигматизм, гиперметропия.

Если малыш прошел обследование к первому году жизни и у него не выявлено никакой патологии, офтальмолог осматривает его в 3 года. К этому возрасту рефракция глаза заканчивает формироваться. Плюсовая рефракция в большинстве случаев уменьшается: к примеру, если в год у ребенка было +3, +4 дптр, то к трем годам — уже +1,5 дптр. Это совершенно нормальный процесс.

Как проходит стандартное обследование ребенка 3 лет? Сначала офтальмолог проверяет визус, т.е. то, как видит ребенок. Он просит закрыть один глаз и сказать, что изображено на картинках, на которые указывает врач или медсестра. К 3 годам ребенок уже может видеть 10 строчек таблицы каждым глазом по отдельности.

Очень часто дети в этом возрасте стеснительны, и не всегда готовы отвечать незнакомой тете, даже если хорошо видят. В такой ситуации ребенка следует посадить маме на колени и дать ей в руки ту же таблицу с картинками, чтобы он мог вполголоса ей отвечать, если стесняется врача. Однако даже если малыш ответил правильно, это еще не означает, что у него все в порядке со зрением. При гиперметропии острота зрения вполне может быть высокой, но очковая коррекция обязательна.

Поэтому, если в кабинете стоит рефрактометр, врач делает рефрактометрию. Ее дети 3 лет, как правило, не боятся.

Гигиена



Однако если рефрактометрия показала норму, все равно в 3 года обязателен осмотр с расширенным зрачком (офтальмоскопия под мидриазом). Закапывают 1% раствор цикломеда, тропикамида или мидриацил и через 30 мин делают скиаскопию.

Как правило, скиаскопия под мидриазом совпадает по значению с авторефрактометрией под мидриазом, что позволяет подтвердить данные обследований. Если выявлены гиперметропия (+3 и больше), астигматизм, который не был диагностирован, ребенок находится под наблюдением офтальмолога до трех лет. Если обнаружена миопия выше  $-1$  дптр, назначают очковую коррекцию.

У недоношенных детей встречается ретинопатия недоношенных. До момента регресса ретинопатии они наблюдаются в специальных кабинетах катамнеза. По показаниям проводят лазерную или витреоретинальную хирургию с целью остановки процесса, рассечения шварт и тракций. Важно остановить разрушение сетчатки.

Если у ребенка косоглазие, астигматизм средней и высокой степени, средняя или высокая миопия, врожденная катаракта, амблиопия, снижена острота зрения, он направляется в ДОО компенсирующего вида для детей с

проблемами зрения. Такие сады укомплектованы специальным оборудованием, как и кабинеты охраны зрения в поликлинике. Дети регулярно наблюдаются офтальмологом, получают физиотерапию, массаж, занимаются с логопедом. В таких ДОО ребенок, перенесший ретинопатию недоношенных, проходит курсы ортоптики и плейоптического лечения.

Часто мы сталкиваемся с ситуацией, когда в возрасте 1 года у ребенка были выявлены слабая миопия, или сниженный запас аккомодации, или миопический астигматизм, однако родители позволяли ему играть с планшетом, телефоном, он много смотрел телевизор. В результате наблюдалось снижение зрения. Поэтому еще раз предупреждаем: гаджеты — зло для неокрепшего зрения ребенка, их лучше избегать. Если у ребенка астигматизм и амблиопия средней и слабой степени, то кроме очковой коррекции и заклеивания глаза мы назначаем плейоптику: в домашних условиях это раскрашивание раскрасок, работа с мелким конструктором, в кабинетах охраны зрения детей — специальное аппаратное лечение.

Рефракционная хирургия, за исключением хирургии катаракты по показаниям, в этом возрасте не применяется.

## Физическое здоровье дошкольника

Дружиловская О.В.,

канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва

**Аннотация.** В статье представлены критерии здоровья, методы оценки физического развития детей, даются рекомендации по организации занятий по физической культуре с учетом возраста и состояния здоровья детей.

**Ключевые слова.** Состояние здоровья, критерии здоровья, функциональное состояние, степень резистентности, адаптационный потенциал, адаптационные возможности, физическое развитие, физическое здоровье, здоровьесберегающие технологии.

Согласно ВОЗ, здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни. Состояние здоровья оценивается по его основным компонентам: соматическому (физическому) и социально-психологическому.

Главные критерии здоровья: сбалансированность, уравновешенность, компенсированность свойств и качеств организма. Адаптационные возможности состояния здоровья детей различных возрастных групп с учетом их соматического состояния включают: антропологические (конституционные) показатели здоровья; особенности физического развития, психофизического, функционального состояния организма, состояния

психодинамических функций; оценку состояния здоровья и биологического возраста.

Под *физическим развитием* понимается совокупность морфологических и функциональных признаков организма, обусловленных наследственными факторами и конкретными условиями внешней среды. Об уровне физического развития можно судить на основании соматометрических показателей: длины тела (см), массы тела (кг), окружности грудной клетки (см), мышечной силы обеих рук (кг).

Основным методом оценки физического развития служит антропометрия, которая включает измерение длины и массы тела, а также его отдельных частей. При этом необходимо учитывать тип конституции. У детей

одного возраста наблюдается вариативность в росто-весовых показателях и антропометрических индексов, что указывает на необходимость подключения специальных физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Занятия по совершенствованию движений — составная часть любого вида деятельности ребенка. Отставание в движениях есть отставание в общем развитии. Потребность в движении — естественная биологическая потребность человека. Вытеснить или заменить ее без ущерба для здоровья нельзя. Недостаток движений приводит к тому, что на последующих возрастных этапах ребенок не может овладеть жизненно необходимыми двигательными навыками в полном объеме. Мышечная активность человека взаимосвязана с состоянием всех физиологических систем. В ней отражаются типологические особенности нервной системы, индивидуальность, специфика пола, возраст, состояние здоровья. Среди биологических факторов особое место занимают биологические ритмы, четко проявляющиеся в двигательном поведении детей. Из их многообразия выделим суточные, сезонные, возрастные.

*Суточная двигательная активность (СДА) — число локомоций за весь период бодрствования*

(бег, ходьба, прыжки, повороты, наклоны). Она регистрируется специальным прибором актометром или шагометром. СДА увеличивается с возрастом. У детей 3 лет среднее число локомоций за сутки составляет 5—6 тыс., 5 лет — 8—10, 9—10 лет — 18—20 тыс. Затем СДА стабилизируется и снижается. Ежечасно ребенок совершает минимум 500—1000 движений. Распределяются движения по часам неравномерно. Выделено четыре подъема (всплеска) двигательной активности. В первой половине дня — от 7 до 8 и от 12 до 14 ч, во второй — от 15 до 16 и от 20 до 21 ч. Биологической особенностью двигательной потребности служит ее ежедневное постоянство, характерное для каждого человека.

*Сезонная периодика СДА* характеризуется ее снижением в зимнее время, что служит основанием для дифференцированного (по сезонам) использования физических нагрузок. Зимой нельзя увеличивать СДА, но нужно поддерживать ее на характерном для данного сезона уровне, реализовывать за счет организованных, прежде всего, «малых» форм физического воспитания, снижая интенсивность, а не кратность повторений.

При формировании здоровья детей важно учитывать различия *двигательного поведения девочек*

и мальчиков. Набор движения девочек иной, чем мальчиков. Первые реже используют движения самостоятельно, но более полно выполняют указания воспитателя, учителя. Следует учесть и то, что среди девочек, например 6—7 лет, больше (42%), чем среди мальчи-

ков (27%), моторно зрелых. Нельзя упустить благоприятные для формирования потребностей в двигательной деятельности девочек сроки. Двигательный режим относительно возраста ребенка и функциональной нагрузки представлен в таблице.

Таблица

### Двигательный режим относительно возраста ребенка и функциональной нагрузки

Возраст, лет	Вид движений	Длительность, мин
1—2	Ходьба, игры на прогулке	40—60
3—4	Игры на прогулках	40
5	Подвижные игры на прогулках (дневной, вечерней)	50
6—7	Игры на прогулках, спортивные развлечения	60
8—10	Игры и спортивные развлечения на прогулках	60
11—14	Самостоятельные физические упражнения во время прогулок	60

Оценивают функциональное развитие (ЧСС, АД, частота дыхания, ЖЕЛ, кистевая сила), физическое развитие, сравнивая показатели ребенка с возрастными стандартами. Для определения физической подготовленности проводят функциональную пробу с 20 приседаниями. Анализируя полученные показатели здоровья и дополняя их анамнезом (частота и тяжесть заболевания), врач определяет группу здоровья и группу по физкультуре (основ-

ную, подготовительную, специальную и лечебную).

Основная группа включает детей I и частично II групп здоровья с небольшими функциональными отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы при общем хорошем самочувствии. Им разрешены все формы физического воспитания, предусмотренные учебно-воспитательной программой. Старшие дошкольники и школьники могут заниматься в спортивных секциях.

В подготовительную группу входят дети II и частично III групп здоровья с задержкой физического развития и небольшими функциональными нарушениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, перенесшие острые и инфекционные болезни (корь, грипп, скарлатина, гепатит и др.), страдающие хроническими бронхитами, гастритами, анемией любой этиологии, с нарушением обмена веществ (ожирение неэндокринной этиологии). Временно пополняют эту группу дети, перенесшие простудные заболевания, ОРВИ и др.

Физическое воспитание детей основной и подготовительной к школе групп проходит совместно, но для последних нагрузку ограничивают за счет облегчения исходного положения, сокращения кратности повторений, замены трудных движений более легкими и т.д.

В особую группу входят дети с хроническими заболеваниями (III группа здоровья), частыми их обострениями, нуждающиеся в специальных занятиях. Они освобождаются от уроков физкультуры, но не от занятий по физическому воспитанию вообще, необходимых им больше, чем здоровым детям. Кроме того, дети должны выполнять комплексы утренней гимнастики и специальные домашние задания по физкультуре, тщательно соблюдать двигательный режим.

Группа лечебной физкультуры включает детей с заболеваниями сердца, хроническими пневмониями III степени, частыми приступами бронхиальной астмы, хроническими гастритами, энтеритами, колитами, нефритами, эндокринными заболеваниями (гипертриеоз, диабет, ожирение и др.), сколиозами II и III степени. С ними занимаются в поликлинике в специально отведенное время 3—4 раза в неделю. Малые формы физического воспитания обязательны для всех детей, посещающих ДОО и школу. Конкретные рекомендации с перечнем упражнений и кратностью их повторений дает врач во время осмотра. Медицинская сестра обязана следить за выполнением назначений.

Посещая занятия по физической культуре, медицинский работник проверяет: правильность построения их плана и соответствие программе; санитарно-гигиенические условия места занятий (микроклимат, оборудование, одежда, обувь детей); двигательные умения детей; реакцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем ребенка на нагрузку данного занятия. Все занятия строятся с учетом группы по физкультуре, биологической и моторной зрелости детей. Динамические исследования состояния здоровья ребенка

позволяют оценить уровень морфофункционального развития и проследить степень овладения программным материалом.

Физические упражнения для детей должны быть динамичными, охватывать большое число мышечных групп, предполагать чередование работы мышц рук и плечевого пояса, туловища, ног. Важно выполнять их из различных исходных положений (стоя, лежа, сидя), добиваться правильной техники. Только при соблюдении этих условий возможен оптимальный физиологический эффект от движения. Исходное положение лежа используется для разгрузки позвоночника и коррекции нарушений осанки. На занятиях нужно использовать физкультурные предметы.

Необходимо контролировать дыхание детей. При обучении разным его типам (брюшному, грудному, фиксированному на вдохе и выдохе) используют произношение звуков, слогов и слов.

На занятиях ведется хронометраж и вычерчивается физиологическая кривая, характеризующая ответные реакции ребенка на нагрузку. Хронометраж позволяет оценить части занятий (вводную, подготовительную, основную и заключительную), вычислить общую и моторную плотность занятия. При достаточной двигательной активности детей моторная плотность бывает не ниже 70%.

Физиологическая кривая строится по данным измерения частоты пульса за 10 с занятия, в каждой его части или каждые 10 мин и в восстановительном периоде на протяжении 3—5 мин. Кроме пульса можно определять кровяное давление, ЖЕЛ, кистевую силу и др. На основании измерений строится физиологическая кривая занятия — графическое изображение исследуемых параметров. При правильном построении показатели увеличиваются от начала занятий к основной части и приближаются к исходному уровню в конце заключительной части. Величина функциональных сдвигов зависит не только от объема и интенсивности мышечной деятельности, но и от формы проведения физических упражнений. Эмоциональное возбуждение увеличивает их. О мышечных нагрузках можно косвенно судить по внешним признакам утомления детей. При их наличии у большинства детей необходимо изменить занятие, а если утомление отмечается у отдельных воспитанников, следует дозировать их нагрузку, изменяя исходное положение, уменьшая кратность повторений и интенсивность движений. Нужны коррективы и в том случае, если нагрузка не вызывает достаточных сдвигов, а приросты пульса малы — до 130 уд./мин. Установлено, что она не дает оздоровительного и тренировочного эффекта (Л.И. Абросимова).



## БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК!



## БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК!

Учебно-методический комплект  
физического развития дошкольника

Автор — Токаева Т.Э.

- Программа создана на основе результатов анализа физического развития и воспитания культуры здоровья детей с учетом интеграции содержания федеральных и региональных программ, требований ФГОС ДО.
- Дается технология овладения ребенком представлений о себе, своем здоровье и физической культуре.
- К программе прилагается комплект из четырех практических пособий «Технология физического развития детей: 3–4, 4–5, 5–6, 6–7 лет», в которых представлены педагогическая технология, сценарии физкультурных и оздоровительных занятий, тематическое планирование на год.
- Рекомендована педагогам, осуществляющим физическое воспитание и здоровьесбережение детей в ДОО.



## БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК.

Технология физического развития детей

В 4 кн.: 3–4, 4–5, 5–6, 6–7 лет

Автор — Токаева Т.Э.

В книгах по технологии физического развития детей дано подробное описание физкультурно-оздоровительных занятий, игр, оздоровительных гимнастик, еженедельных циклограмм организации двигательного режима в детском саду, перспективное планирование форм и видов двигательной деятельности, адекватных психофизическим возрастным особенностям детей.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3  
Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00

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)

## О самом главном чуде на Земле

Кузнецова Н.А.,

врач-неонатолог-реаниматолог ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина», Москва

*Аннотация.* В статье рассматриваются неонатальный, перинатальный и ранний постнатальный периоды жизни ребенка, компенсаторные возможности нервной системы новорожденного. Показано значение врача-неонатолога в раннем периоде жизни ребенка.

*Ключевые слова.* Поза флексии, адаптация, билирубин, гипоксия, недоношенность, компенсаторные возможности, новорожденный.

Сегодня мы поговорим о самом главном чуде на Земле — зарождении и появлении на свет нового человека. Это действительно большое чудо. Все, у кого есть дети, испытали в своей жизни необыкновенные ощущения от того, что появился малыш, который требует заботы и внимания, а спустя годы становится самым родным и близким, и ты уже не представляешь, как можно было жить без него.

Новорожденный, совсем еще недавно находившийся в водной среде и других внешних условиях, имеет и отличные от взрослых анатомо-физиологические особенности и поведение.

Первое, что отличает новорожденного, — поза, которую он принимает во время бодрствования. Это так называемая поза флексии, обусловленная повышенным мышечным тонусом в группе всех сгибателей, что помогает ребенку максимально безопасно родиться. При продвижении плода по родовым путям, благодаря этой позе, предлежащей частью выступает затылок. Затылочная кость — наиболее плотная и крепкая в этом возрасте — служит прекрасной защитой мозга ребенка во время родов. Кроме того, поза флексии позволяет малышу в утробе матери расти на поздних сроках беременности, не сильно увеличивая объем.

Вспомните из уроков физики: капелька воды всегда стремится к минимальному объему, принимая округлую форму.



Повышенный тонус сгибателей у новорожденного уходит постепенно. К месяцу значительно уменьшается напряжение в покое мышц-сгибателей спины, усиливаются разгибатели. Благодаря этому, ребенок начинает подолгу свободно лежать на животе, удерживая голову. Тонус сгибателей рук снижается к двум месяцам, малыш начинает тянуться к вывешенным перед ним игрушкам. Дольше всего держится тонус сгибателей ног, но и он к трем месяцам начинает «ходить».

Следующая особенность новорожденного — непропорциональность частей тела: маленькие руки и ноги с крохотными пальчиками, большие голова и туловище. Взрослый человек, имея такие пропорции, выглядел бы уродцем, но для новорожденного они просто необходимы: в этом возрасте нужно много места для роста и развития головного мозга и внутренних органов. А конечностями ребенок еще не может управлять, они ему пока не нужны.

У новорожденного нет ни одного условного рефлекса, только безусловные, которые отвечают за выживание. Благодаря им ребенок уже может найти грудь, сосать, глотать и дышать одновременно. Уже на 2—3-й день формируются первые условные рефлексы. Младенец начинает

узнавать мать по ее запаху, открывает рот, когда его берут на руки, ощущает голод в определенное время.

В течение 3—5 дней новорожденный проходит адаптацию: он учится дышать легкими, включаются в работу его пищеварительная система, органы чувств, изменяется обмен веществ, кровеносная, иммунная, эндокринная системы. Кожа, перейдя из водной среды обитания в воздушную, претерпевает также изменения. Сразу после рождения, получая массивное раздражение от воздействия окружающей среды, кожный покров отвечает стрессовым расширением капилляров. На 2-е сутки жизни ребенок становится ярко-красным, затем кожа начинает шелушиться. Иногда она может пожелтеть, если печень плохо справляется с утилизацией лишнего гемоглобина. Бывает, что ребенку приходится помогать выводить билирубин, образовавшийся из этого гемоглобина, с помощью фототерапии.

Быстрыми темпами в первые два года развивается нервная система ребенка, наиболее ранним в этот период. Много повреждающих факторов могут нарушить процесс ее формирования. Их можно разделить на три большие группы.

1. Факторы, повреждающие нервную систему во время вну-

триутробного существования (антенатальные).

- Инфекции во время беременности. Порой даже относительно легкая инфекция, особенно, перенесенная до 12 нед. беременности, когда начинает формироваться нервная трубка плода, может повлиять на развитие головного мозга. Часто возникают дегенеративные его изменения. Что уж говорить о тяжелых вирусных и бактериальных инфекциях, специфических, малозаметных для матери заболеваниях, таких, как краснуха, герпес и др. Кроме поражения головного мозга они вызывают грубые пороки развития.

- Соматические заболевания матери (патология органов дыхания, ЖКТ, анемия, сахарный диабет), эпилепсия. Многие лекарства, которые пьет женщина, противопоказаны во время беременности, но без них ее состояние может значительно ухудшиться, что также отрицательно скажется на развитии плода.

- Генетические дефекты, приводящие к тяжелым порокам развития, выкидышам, рождению нежизнеспособного ребенка.

- Самостоятельное прерывание беременности средствами, которые чаще не дают ожидаемого эффекта, но имеют тяжелые повреждающие последствия для плода.

- Применение различных лекарственных препаратов, как для

лечения соматической патологии, так и непосредственно с целью сохранения беременности (генипраз, магнезия, но-шпа). Совершенно очевидно, что во время беременности для плода не существует безобидных лекарств.

- Социальные факторы, влияющие на нервную систему (стрессы, неблагоприятный климат в семье).

- Профессиональные вредности (химические, физические, радиационные).

2. Интранатальные (действующие в родах) повреждающие факторы.

- Родовые механические повреждения при неумелом ведении родов.

- Стремительные или затяжные роды.

- Применение различных акушерских пособий (пособие по Крестеллеру, бинт Вербова в разных импровизациях, пособие по Цовьянову при ягодичном предлежании).

- Оперативные вмешательства (вакуум-экстракция, акушерские щипцы, наружный поворот на ножку при косом или поперечном положении).

- Рождение через естественные родовые пути при неправильных предлежаниях плода.

- Кесарево сечение.

- Гипоксия, способствующая нарушению кровоснабжения клеток всех органов и систем, в

первую очередь, головного мозга, а также повышенной ломкости сосудов.

Все эти факторы могут вызвать тяжелые ишемические и геморрагические изменения в головном мозге с последующим некрозом нервных клеток, что влечет за собой развитие ДЦП.

3. Постаналльные факторы, действующие на нервную систему ребенка уже после рождения.

- Глубокая недоношенность. Идеальной средой для развития плода до 40 нед. является матка. Если ребенок по какой-то причине рождается раньше срока, никакие современные инкубаторы с контролем температуры пациента и поддержанием оптимальной влажности полноценно не заменят материнского лона. Наиболее ранимы у глубоконедоношенных детей области белого вещества вокруг боковых желудочков мозга. Сосуды этих зон крайне ранимы ввиду того, что имеют концевой тип строения, поэтому легко спазмируются и рвутся, в результате чего возникают кровоизлияния различной интенсивности и зоны обескровливания, что приводит в дальнейшем к гибели нервных клеток и развитию тяжелых неврологических нарушений.

- Неправильно подобранная искусственная вентиляция легких, нерациональная или не-

адекватная лекарственная терапия, которые могут привести к тяжелым ишемическим и геморрагическим нарушениям.

Все это впоследствии может вылиться в патологические состояния от грубых форм нервных заболеваний до поведенческих нарушений в дошкольном и школьном возрасте, которые подчас расцениваются учителями и воспитателями как элементарная невоспитанность.

Благодаря хорошим компенсаторным возможностям организма новорожденных, грубые неврологические симптомы, которые наблюдаются в первые дни жизни ребенка, могут постепенно угасать, и когда его в месяц приносят в поликлинику на первый неврологический осмотр, они могут быть не выявлены. Таким образом, упускается время, когда изменения со стороны нервной системы еще обратимы.

Таким образом, в родильных домах должен обязательно быть врач-невролог, который с первых минут жизни проведет тщательный осмотр новорожденных и уделил особое внимание детям с патологической неврологической симптоматикой. Тогда впоследствии тяжелая инвалидизация детей, перенесших гипоксию или родовую травму, к школьному возрасту значительно уменьшится.

# Причины и проявления психосоматизации в раннем детстве

Разумова Г.В.,

канд. психол. наук, доцент ФГБОУ ВПО

«Калужский государственный университет  
им. К.Э. Циолковского», Калуга

**Аннотация.** В статье описываются причины детской соматизации, периоды психосоматических расстройств, патогенные факторы, влияющие на процесс психосоматизации.

**Ключевые слова.** Психосоматизация, психосоматические расстройства, патогенные факторы, гиперопека.

Детская психосоматизация как проблема стала актуальной в середине XX в. Многие статьи на эту тему в научной литературе появились сразу после Второй мировой войны. Зарубежные исследователи проводили многочисленные эмпирические наблюдения отношений новорожденных детей и их матерей. Появились первые заключения о том, что мать своим поведением и отношением оказывает влияние на развитие симптомов болезни у ребенка. Так, М. Рибл (1945) полагала, что хотя с рождения младенцы отличаются по уровню активности, но будет ли ребенок в дальнейшем сверхактивным или пассивным, определяет манера, с которой мать обращается с

ним в период грудного вскармливания. По мнению автора, при отсутствии правильного и постоянного материнского ухода, у младенцев быстро развивается болезненное состояние напряжения. М. Рибл была убеждена, что нарушение взаимоотношений «мать — дитя» часто приводит к преувеличенным формам аутоэротизма, который может проявляться в долгом сосании пальца (до 8 лет), удержании стула (запор), задержке дыхания или различных автоматических движениях (сильное раскачивание или стуканье лбом). При этом особо подчеркивается, что теплые отношения в первый год жизни ребенка защищают его от появления многих форм физиоло-

гических и психосоматических расстройств.

М. Лейтч и С. Эскалона (1947) детально описали обстоятельства, которые могут стать стрессовыми факторами для новорожденного, а также способы реагирования ребенка на стресс. Исследователи указали, что уровень напряжения матери напрямую влияет на уровень напряженности младенца, что приводит к соматическим расстройствам.

Большинство авторов статей полагают, что гиперопека — самая частая причина возникновения психосоматизации в раннем возрасте. Д. Леви еще в 1945 г. описал материнскую сверхзаботу, как неблагоприятную форму взаимоотношений «мать — дитя». Он делит сверхзаботливых матерей на потакающих и властных. Потакающие матери часто разрешают ребенку командовать и почти не применяют к ним дисциплинарных мер. Подрастая, их дети остаются инфантильными, что способствует формированию черт личности, предрасполагающих к возникновению психосоматических расстройств. Изнеживающее воспитание само по себе не травмирует ребенка, более того, оно желательно для подрастающей личности. Однако именно оно делает малыша

чрезмерно чувствительным по отношению к фрустирующим ситуациям, с которыми он столкнется позднее, вне семьи. Не имея опыта совладания с психическим напряжением, нервная система ребенка реагирует на него психосоматикой.

Аналогично гиперопека сама по себе не травмирует психику, но затрудняет формирование волевых качеств личности. Так, дети властных матерей проявляют менее заметную слабость характера, но для них характерна большая выраженность признаков невроза: застенчивость, страх, тревога и излишняя покорность. Таким образом, отношения в семье могут опосредованно влиять на процесс травматизации и приводить к соматическим реакциям через родительское формирование у ребенка неспособности противостоять психической травме.

Д. Стерн, изучая взаимодействие между матерью и ребенком, показал, что те поведенческие проявления отношений между ребенком и родителем, которые мы наблюдаем во внешнем проявлении (так называемое «объективное поле») детерминизируются субъективным взаимодействием внутренних психологических полей обоих партнеров. Автор полагал, что

предметно-изобразительный мир матери включает в себя все желания, страхи, конфликты, фантазии, проекции, идентификации, интернализации, которые касаются ее ребенка. Д. Стерн назвал это «действующей презентацией». В результате взаимодействия с ребенком они активизируются и, по сути, руководят его поведением, так как становятся невидимыми детерминантами ее эмоциональных проявлений в ситуации взаимодействия.

Однако взаимодействие — всегда взаимно инициируемый процесс, в котором немаловажную роль играет и предметно-изобразительный мир ребенка. Он беднее материнского, но тоже наполнен прототипами, классифициирующими ощущения ребенка и выделяющими доступные ему дискретные события и ощущения: например лицо матери, ощущение голода, приготовления ко сну, игры и т.д. Предметно-изобразительный мир малыша динамически изменяется в связи с накапливаемым опытом. Ребенок «интерпретирует» происходящее в терминах прототипа и при необходимости изменяет свой прототип.

Л. Крейслер и Крамер в 1974 г. разработали концепцию «паразитирующих проекций».

Ее суть сводится к следующему: когда родитель переполнен собственными неразрешимыми душевными проблемами, они начинают «паразитировать» на ребенке. В этом случае формируется зона остановки психоаффективного развития ребенка, что, по сути, служит полем для прорастания психосоматических расстройств. Этот процесс можно описать следующим образом: мать в силу разных причин неправильно интерпретирует сигналы своего ребенка и таким образом «одалживает» ему свои собственные страхи, тревоги, конфликты. Реагирует она не на реальные сигналы ребенка, а на те, которые приписала ему, что усиливает, нарушает или отрицает потребности, напряжение и функции самого ребенка. В итоге мать не перерабатывает примитивные тревоги, которые на нее проецирует ребенок, а добавляет свои, чем усугубляет его состояние.

Очень важны наблюдения Л. Крейслера, которые показывают, что даже нормально развивающийся ребенок может выбрать соматический регистр, когда необходимо выразить чувство дискомфорта при невнимании к нему или при конфликте. По мнению исследователя, психосоматика

младенчества — это во многом психосоматика ситуаций и взаимодействий, чреватых риском соматизации. В своей работе «Психосоматика в психопатологии младенчества» Л. Крейслер описал основные расстройства, которые встречаются в младенческом возрасте, показал психологические подходы к изучению психосоматической патологии и предложил свое видение первооснов психосоматической организации у детей. Для прояснения сущности своей теории он ввел понятие «психосоматическая экономика», обозначающее некоторый баланс в организме процессов возбуждения и торможения, который не дает возможности для развития психосоматического расстройства и формирование которого зависит от характера взаимодействия матери и ребенка.

Л. Крейслер, считая младенчеством первые три года жизни ребенка, выделяет три значимых периода в хронологии психосоматических расстройств, в числе которых:

— первичная фаза — в основном проявляется идиопатическими коликами или ранней бессонницей. Эти нарушения появляются практически с момента рождения или в первом полугодии жизни;

— анатомическая фаза — характеризуется отклонениями пищевого поведения, как в сторону переедания, так и отказа от пищи. Проявляются симптомы со второго полугодия до 15—18 мес. Это период формирования привязанности;

— конечная фаза — частые проявления: поздняя бессонница, спастический плач. Наблюдаются с середины второго до середины третьего года жизни ребенка.

Психолог подчеркивает, что при нормальных отношениях между матерью и ребенком к концу третьего года жизни у него формируются автономные механизмы психосоматического возбуждения. Позднее, в эдипов период и в отрочестве, они совершенствуются и окончательно оформляются. Л. Крейслер утверждал, что психосоматизация не наблюдается, если на первых порах нормальное психосоматическое развитие ребенка обеспечивается заботами матери. Именно она удовлетворяет основные физиологические и инстинктивные потребности малыша; защищает его от внешних опасностей и вредных воздействий среды; угадывает и следует за ритмами, свойственными ее ребенку. Исследователь считал, что уже со второго года жизни у ребенка начинают фор-

мироваться автономные психосоматические защитные механизмы.

В современной научной литературе выделяют следующие факторы, патогенно влияющие на процесс психосоматизации:

— хроническая недостаточность привязанности, которая может порождать эмоциональную бедность и, в свою очередь, привести к синдрому госпитализма, описанному Р.А. Шпицем, синдрому «аффективной тупости» М. Раттера или так называемому «внутрисемейному госпитализму», для которого характерны прерывистость отношений, повторяющиеся разлуки, плохой присмотр, формальные отношения, неспособность матери воспитывать собственного ребенка;

— перевозбуждение и сверхстимуляция, т.е. непрерывное возбуждение одной из функциональных сфер, чаще всего питания или опорожнения кишечника. Это способствует возникновению и развитию анорексии и запора. Материнская гиперопека с отстранением отца (физически отец может присутствовать в семье, но не иметь возможности завязывать с ребенком эмоциональные связи) порождает симбиотическую

связь между матерью и ребенком, препятствуя его отделению и индивидуализации, что часто встречается в семьях детей-астматиков. Метафора, объясняющая механизм психосоматизации в этом случае: «Мама задушила любовью»;

— качественные и временные непоследовательности и рассогласованности отношений, когда они подчиняются не нуждам ребенка, а материальным требованиям окружения. Качественные и количественные нарушения привязанности влияют на эмоциональную организацию и вредят построению психосоматических защитных механизмов в настоящем и иногда, по-видимому, в будущем (Л. Крейслер).

Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий в 1990 г. проанализировали исследования по психосоматике и описали влияние воспитания и родительского поведения, в первую очередь, материнского, на создание внутренних предпосылок в характере, структуре личности ребенка для психосоматической патологии. Они выявили следующее:

— инфантилизирующее влияние, возникающее в случае жесткого контроля со стороны взрослых, гиперпротекции или симбиотической связи. Из-за

этого ребенок не взрослеет, а остается на стадии, когда эмоциональные и соматические процессы еще недостаточно дифференцированы, и сильное эмоциональное потрясение проявляется соматическим расстройством. Таким эмоциональным потрясением может стать любая конфликтная ситуация или психотравма;

— особый стереотип взаимоотношений в семье, когда не поощряется открытое выражение чувств. Родители сами крайне сдержаны в проявлении своих чувств даже к маленьким детям и ожидают от них такого же подавления эмоциональных переживаний. В таком случае в сложных жизненных ситуациях у ребенка развиваются алекситимические черты, лежащие в основе психосоматического симптома или сопровождающие его;

— нервно-психическое напряжение, приводящее к соматической патологии. Оно может быть обусловлено «глобальной семейной неудовлетворенностью». Это связано с резким расхождением между ожиданием индивида по отношению к семье и действительной жизнью семьи. Встречается вариант «семейной тревоги», когда член семьи плохо осознает свою неуверенность в каком-то очень важном для не-

го аспекте семейной жизни. Чаще такая тревога формируется под постоянным психическим давлением или игнорированием чрезвычайно важных для человека чувств и потребностей. Известно, что непереносимое нервно-психическое напряжение не только выступает в качестве травматизирующего фактора, но и ослабляет способность индивида сопротивляться различным психотравмирующим воздействиям.

О психоорганической связи между матерью и ребенком пишет и А. Меннегетти (1993), который объясняет возникновение психосоматики у ребенка негативным семантическим полем. Исследователь считает, что в первые полгода жизни ребенок является частью органической колонии матери. Он лишен возможности выбирать или противостоять той реальности, которая поставляется ему через нее. Поэтому ребенок заимствует у нее психосоматические факторы, в нем отпечатываются все варианты поведения, конфликты и побуждающие причины, которые определяют действия матери. Ребенок бессознательно оценивает собственную мать и то, что от нее можно получить. Если среда, создаваемая матерью, оценена как благоприятная и достаточно приемлемая, малыш делает вы-

бор в пользу жизни. В противном случае он выбирает смерть или болезнь. Такой подход объясняет раннюю соматизацию значительной части младенцев.

Современные взгляды на психосоматические проявления у детей не противоречат психологическому наследию, а конкретизируют его. На сегодняшний день считается, что психиатрические проблемы в младенчестве обычно проявляются в телесной форме. Ведь тело ребенка в первое полугодие жизни — единственный доступный ему язык. Принято считать, что психосоматические проблемы отражают именно патологию взаимодействия ребенка с окружением и особенно материнской фигурой.

В последнее десятилетие появились серьезные данные, свидетельствующие о том, что переживание младенцем депрессии или скорби может быть причиной серьезной иммунной недостаточности.

Соматические проявления в раннем возрасте в литературе часто рассматриваются как показатели риска по психическим и психосоматическим расстройствам. Для младенцев характерны нарушения сна, аппетита, расстройства питания, повторяющиеся отиты, инфекции. В первый месяц появляются колики, бессонница, рвота; позднее —

анорексия, энкопрез, психогенный мегаколон, спастический плач, астма — все заболевания выступают как функциональная патология. Потом возможен переход в структурную психосоматику, где заметно преобладающее участие психологических факторов в органическом расстройстве.

Время симптомов: идиопатические колики — 12—15-я неделя; спастический плач — второй-третий годы жизни. Самым опасным психосоматическим проявлением детские психотерапевты считают тихую бессонницу.

Детские заболевания, психосоматическая природа которых считается доказанной: нарушения сна; судороги; отклоняющееся пищевое поведение (анорексия, рвота, мерицизм, извращенный аппетит, булимия); геофагия; копрофагия; трихофагия; расстройства желудочно-кишечного тракта (колики первого полугодия жизни, боли в животе, запор, понос, колиты, раздражимость ободочной кишки, ректоколит); синдромы и заболевания дыхательных путей (спастический плач, астма, поражения носоглотки, повторяющиеся отиты, бронхиты, рецидивирующие пневмонии); кожные болезни (экзема, крапивница, алопеция, псориаз, аллергические забо-

левания); истощение; задержки роста; тучность; повторяющиеся инфекции.

В аналитической психологии при психосоматических расстройствах большую роль отводят неудаче первичной материнской функции (холдинга, контейнирования, обозначения): мать не настроена на своего ребенка, не понимает его чувств и проявлений, не наделяет их смыслом, не окрашивает или делает это недекватно.

*Особенности детей с психосоматическими расстройствами:* их деятельность монотонна, бедна, формальна, лишена импульсов воображения, наблюдается отсутствие свободы в желаниях и поступках, скучность символов, бедность представлений, отсутствуют сновидения.

*Причины (факторы) психосоматических расстройств:*

- гиперопека со стороны матери;
- отстранение отца;
- нарушение самостоятельности у ребенка;
- блокирование выражения эмоций и прежде всего развития нормальной агрессии;
- повторяющиеся нарушения привязанности — хроническая недостаточность ведет к эмоциональной бедности и атонии (нарушению ощущения безопасности).

*Пусковые события психосоматических расстройств:*

- тяжелые фрустрации;
- разлука;
- хирургические операции;
- депрессия у матери;
- конфликт между супругами;
- частые госпитализации;
- семейный госпитализм;
- «мертвые мамы» (мамы, равнодушные к ребенку);
- формальные связи матери и ребенка;
- рождение младшего сиблинга;
- поступление в школу;
- переезд;
- уход родителя из семьи;
- смерть члена семьи.

Признанный способ оказания помощи в случае психосоматизации — психотерапия личная или семейная.

## Литература

*Обухов Я.Л.* Детская агрессивность и проблемы анального характера в концепции Анны Фрейд. М., 1997.

*Обухов Я.Л.* Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. М., 1997.

*Grosse S.* Bettlassen-Diagnostik und Therapie. 2., überarb. Aufl. München, Weinheim, 1991.

*Schienagel I. (Verf.)* Manual über die apparative Behandlung der Enuresis nocturna am Beispiel ROE 70<sup>th</sup> Bettlassenalarmgerät. München, 1994.

*Stegat H.* Enuresis. Berlin, 1973.

## ОРВИ и их осложнения

Гришечко Ю.В.,

оториноларинголог-сурдолог Реабилитационного центра  
«Резонанс», Москва

**Аннотация.** В статье рассказывается о диагностике острых респираторных вирусных инфекций и предупреждении их осложнений. Представлены различные варианты протекания инфекций и квалифицированная помощь детям.

**Ключевые слова.** Острые респираторные вирусные заболевания, острый гайморит, острый ларингит, осложнения, профилактика.

Наконец-то, дорогие наши читатели, к нам пришла весна. Сезон простуд и ОРВИ остался позади. Казалось бы, можно на какое-то время вздохнуть свободно, не так сильно переживать за наших малышей! Однако, к огромному сожалению, надолго забыть об ОРВИ вряд ли удастся. Лето пролетит быстро, к тому же и в это время года вирусные инфекции встречаются нередко.

Об этих коварных вредителях мы и хотим рассказать в этой статье.

Грипп, ОРЗ, ОРВИ — диагнозы, знакомые нам еще со времен нашего детства. Однако вирусы, вызывающие эти заболевания, сейчас совсем другие! Время идет, все меняется, и они в том числе. Поэтому в наши дни наблюдается более тяжелое течение банальных простуд, все

больше различных осложнений ОРВИ.

Наиболее подвержены риску возникновения осложнений ОРВИ дети 1—4 лет. В этом возрасте зачастую встречаются неприятные варианты течения вирусных инфекций. Один из таких вариантов, опасных для ребенка, — *острый ларингит*, т.е. острое воспаление слизистой оболочки гортани. Это заболевание может развиваться как самостоятельно, так и в сочетании с респираторными вирусами. В минувшем осенне-зимнем сезоне в большинстве случаев ОРВИ сопровождались острым ларингитом.

Все начинается с повышения температуры и общего недомогания. Ничего необычного — все как всегда при простуде. Затем появляются в различной степени выраженные боль, сухость,

жжение в горле, сухой, судорожный, «лающий» кашель и, в некоторых случаях, затруднение дыхания.

Ребенок жалуется на то, что ему больно глотать или говорить, тяжело дышать. Маленький, он не может сформулировать свои жалобы. При наблюдении за ребенком по его поведению можно догадаться о том дискомфорте, который он испытывает. Ребенок часто кашляет, крутит головкой, принимает необычное положение тела, плачет, может хвататься руками за горло или тереть его. Еще один из признаков развивающегося острого ларингита — осиплость голоса, вплоть до его потери (афонии). Эти симптомы наиболее часто нарастают в вечернее время.

Для дошкольников такая ситуация опасна тем, что, в силу особенностей строения слизистой оболочки гортани малышей, очень быстро происходит ее отек вдобавок к так узкому просвету гортани. Симптомы недостаточности дыхания могут нарастать очень быстро, развивается удушье.

В такой ситуации лучше вызвать на дом педиатра или бригаду скорой помощи. До их приезда можно провести ряд мероприятий по борьбе с затруднением дыхания, вызванным ларингитом. Ребенка не-

обходимо поместить в ванную комнату, в которой следует открыть краны с горячей водой, или в детскую, в которой нужно увлажнить воздух с помощью увлажнителей и мокрых полотенец: ими следует покрыть батареи отопления, поставить возле кроватки таз с горячей водой, в которую нужно добавить пачку питьевой соды). Также рекомендуется проводить теплые или горячие трехминутные отвлекающие ножные ванны с пятнадцатиминутными интервалами. Однако их можно делать только при условии нормальной или незначительно повышенной температуры. Следует дать ребенку на ночь антигистаминный препарат и в течение дня в следующие 2—3 дня.

Если ситуация не улучшается, вызвать бригаду скорой помощи для оказания квалифицированной медицинской помощи или госпитализации ребенка.

Чтобы течение ларингита не осложнялось, нужно выполнять все назначения педиатра, принимать препараты от кашля, противовоспалительные средства, не переохлаждать ребенка, не позволять ему бегать и прыгать, не давать острую, соленую пищу, газированную воду (кроме боржоми, которое предварительно немножко постояло открытым).

Воздух в комнате, где спит малыш, лучше увлажнять в профилактических целях.

При тяжелом течении ларингита с обильным отделяемым или наличием гнойных корок на голосовых складках также может потребоваться госпитализация, «дневной стационар» в детской больнице или амбулаторное лечение в поликлинике, где ЛОР-врач будет проводить специальное лечение, направленное на смягчение области гортани и санацию очага инфекции.

При грамотном и своевременном лечении и отсутствии осложнений в виде приступа удушья острый ларингит не представляет риска для ребенка.

Еще одно заболевание, которое может развиваться как самостоятельно, так и в рамках ОРВИ — *острый синусит*. Это воспаление слизистой оболочки всех или любой из околоносовых пазух без уточнения локализации.

Наиболее часто, в том числе и у детей, встречается *острый гайморит* — воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух.

У детей такая проблема может возникнуть даже при обычном насморке, который вроде бы не сильно выражен, и родители, выполняя предписание врача, закапывают или впрыскивают сосудосуживающие препараты в нос ребенку. Это связано

с особенностью строения слизистой оболочки детей (она у них чрезмерно рыхлая и склонная к отекам) и анатомической узостью носовых ходов. В силу этих причин отток отделяемого и вентиляция пазух через естественные отверстия (соустья), открывающиеся в полость носа, затрудняются. А обилие слизистого отделяемого плюс отсутствие вентиляции — идеальные условия для роста и развития патогенных микроорганизмов. Вот они и не дремлют! Организм ослаблен ОРВИ, защитные средства исчерпаны — в свои права вступают микроорганизмы. Начинаются различные осложнения, в том числе гайморит.

Для детей, как и для взрослых, это заболевание представляет опасность, поскольку может привести к воспалительным процессам в мозге.

И опять же, все начинается как обычное ОРВИ: недомогание, повышение температуры тела, насморк. Через некоторое время температура спадает, насморк вроде бы проходит, но ребенок чувствует себя плохо. Он продолжает испытывать недомогание, головную боль, не связанную с высокой температурой, резкую заложенность носа, наблюдается обильное отделяемое из носа (слизистое или гнойное). Ребенок дышит ртом,

из-за плохо спит, у него снижается аппетит, слезятся глаза, лицо отекает. Малыш может жаловаться на то, что у него болит лоб или нос, когда он наклоняется. Если ребенок совсем мал, он не может нам рассказать о своих ощущениях, но можно заметить беспокойство, резкий плач при изменении положения тела, наклоне.

Если такое неприятное осложнение ОРВИ, как острый гайморит, случилось — необходимо срочно начинать лечение. Нужно обратиться к педиатру, который или сам назначит лечение, или направит к ЛОР-врачу. Необходимые препараты: сосудосуживающие, антигистаминные, при необходимости — общая или местная антибиотикотерапия), возможно, курс физиопроцедур.

При остром гайморите нужно промывать полость носа и закапывать сосудосуживающие капли. Делать это надо правильно: положите малыша сначала на один бок и закапайте препарат в нижнюю ноздрю. Ребенку следует полежать так 2—3 мин. Затем повторите процедуру с другой стороны. Через 10—15 мин следует очистить полость носа (высморкать или аспирировать содержимое). После этого можно промыть полость носа физиологическим или другим специ-

альным раствором на основе морской воды.

Если консервативного лечения недостаточно, ситуация не улучшается, необходимо промывать гайморовые пазухи растворами антисептиков в целях удаления гнойного отделяемого и санации. Делается это в условиях поликлиники, больницы или медицинского центра. Для детей такая ситуация сопряжена с целым рядом проблем. Произвести промывание гайморовых пазух непросто, да и малый возраст — одно из противопоказаний для такого метода лечения. Поэтому родителям нужно быть крайне внимательными к своему ребенку. При появлении малейших симптомов, не похожих на симптомы обычного насморка, нужно незамедлительно обратиться за квалифицированной помощью.

На ранних стадиях с гайморитом намного проще справиться обычными средствами. Если у ребенка насморк, не допускайте длительной заложенности носа, особенно в ночное время. Если отделяемое из носа слишком густое, и доктор назначил разжижающие препараты — эту рекомендацию нужно обязательно выполнять. Для развития гайморита опасен не только отек, но и густое отделяемое в пазухах и самой полости носа. Не давайте ему

продукты, которые могут вызвать аллергию и усугубить отек.

Помещение, где спит ребенок, страдающий сильным насморком, должно хорошо проветриваться. Он должен спать на высокой, но не слишком мягкой подушке. Как можно чаще высыпывайте ребенка или, если он мал и не умеет самостоятельно это делать, воспользуйтесь назальным аспиратором.

Обязательно исполняйте все рекомендации лечащего врача.

Для профилактики гайморита и других осложнений ОРВИ

укрепляйте иммунитет ребенка, своевременно лечите вирусные инфекции. Если у него аденоиды, эту проблему нужно решать, чтобы избежать таких осложнений, как гайморит.

Если вы своевременно обращаетесь к доктору для лечения простудных заболеваний и ОРВИ, четко следуйте полученным от него инструкциям, укрепляете иммунную систему ребенка и внимательно следите за течением «банальных» инфекций, никакие осложнения будут не страшны. Будьте здоровы!

### ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Гортань выполняет в организме защитную и голосообразующую функции. Она служит анатомической границей между верхними и нижними отделами респираторного тракта. Любое изменение целостности гортани снижает эффективность дыхания у ребенка, поскольку сужение просвета приводит к нарушению проходимости верхних дыхательных путей и возникновению кислородного голодания жизненно важных органов.

В результате воспалительного процесса вследствие отека развивается стеноз гортани. Его появлению у детей раннего возраста способствуют также анатомо-физиологические особенности строения гортани: узость ее просвета, способность узкого и мягкого надгортанника складываться и сильно сужать поперечный размер входа в нее, рыхлое строение, наличие большого количества тучных клеток.

Ложный круп, или острый стенозирующий ларинготрахеит, — воспаление слизистой оболочки гортани, сопровождающееся спастическим сужением ее просвета. Это заболевание характеризуется появлением грубого, лающего кашля, хриплым или сиплым голосом и отрыжкой, чаще инспираторного характера, обусловленными отеком подсвязочного пространства.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Источник: <http://lorhealth.ru/gorlo/bolezni/stenoz-gortani.html>

# Специфика адаптации к ДОО детей, посещавших службу ранней помощи

Доронина А.К.,

педагог-психолог ГБОУ «Школа № 492», Москва

Дети охотно всегда чем-нибудь занимаются. Это весьма полезно, а потому не только не следует этому мешать, но нужно принимать меры к тому, чтобы всегда у них было что делать.

Я. Коменский

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы раннего выявления и коррекции проблем развития детей 1—3 лет с особыми образовательными потребностями в целях их максимальной реабилитации.

**Ключевые слова.** Ранний возраст, диагностика, коррекция, служба ранней помощи, сензитивный период, реабилитация.

Ранняя помощь детям и семьям во всем мире стала одной из приоритетных областей деятельности здравоохранения, образования и социальной защиты. Развитие и становление системы поддержки детей раннего возраста в мировой практике насчитывает уже не одно десятилетие. В Российской Федерации создание такой системы в государственном масштабе находится в стадии становления. В России, как и во всем мире, побудительными причинами для осознания необходимости ранней помощи детям и семьям, стали следующие факторы:

- рост числа детей, имеющих нарушения развития уже при рождении;
- рост числа социально неблагополучных семей (семьи с одним родителем, семьи с крайне низким уровнем дохода, семьи, не обеспеченные жильем и пр.);
- увеличение количества социальных сирот из числа детей с проблемами здоровья и нарушением развития.

Раннее выявление и коррекция проблем в развитии ребенка позволяют предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максималь-

ную реабилитацию детей данной категории, а для значительной части детей дают возможность включения в общеобразовательный поток (интегрированное обучение). Только при условии ранней помощи дети с особыми образовательными потребностями могут достичь максимального уровня общего развития, образования и интеграции в общество.

Для достижения данных целей необходима такая система ранней диагностики, которая позволила бы:

- вовремя обнаружить отклонения младенца с периода новорожденности;
- определить причины этих отклонений;
- обеспечить комплексную медико-психологическую-педагогическую коррекцию.

Такая система должна включать в себя:

- скрининг обследование всех детей первого года жизни;
- дифференциальную диагностику для точного установления диагноза;
- организацию коррекционной помощи с момента установления первого подозрения на то или иное отклонение в развитии.

Обеспечение своевременной и комплексной помощи детям раннего возраста и их семьям предполагает организацию структур,

поддерживаемых государством, обладающих достаточными ресурсами и устойчивыми межведомственными и междисциплинарными связями. В их числе:

- центры игровой поддержки ребенка (ЦИПР);
- консультативные пункты (КП);
- лекотеки и службы ранней помощи (СРП) для детей, воспитывающихся в условиях семьи родителями (законными представителями).

Ранняя адекватная помощь позволяет эффективно компенсировать нарушения в психофизическом развитии ребенка и тем самым смягчить, а возможно, и предупредить возникновение вторичного отклонения. Система ранней помощи максимально широко охватывает детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, что способствует предупреждению вторичных нарушений в развитии, а также эффективному использованию сензитивных периодов формирования высших психических функций для их восстановления и развития. Максимально раннее начало комплексной медико-психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями, — важный фактор оптимизации образовательных возможностей и социально-экономических перспек-

тив ребенка. Это шаг к совершенствованию практики защиты прав детей и инвалидов, а также к качественному улучшению их положения в обществе.

Чем же отличаются дети, посещающие центры ранней помощи, от детей, так сказать, домашних, пришедших в сад в 3 года? Прежде всего тем, что ребенок легче адаптируется к ДОО. Также раннее выявление проблем в развитии и поведении способствует успешной социализации детей с ОВЗ.

## Литература

Айсина Р., Дедкова В., Хачатурова Е. Социализация и адаптация

детей раннего возраста // Ребенок в детском саду. 2003. № 5, 6.

Баркан А.И. Практическая психология для родителей, или Как научиться понимать своего ребенка. М., 1999; СПб., 2006.

Лютова Е.К., Монина Г.Б. Тренинг общения с ребенком (период раннего детства). СПб., 2006.

Монина Г.Б., Лютова Е.К. Проблемы маленького ребенка. СПб., 2002.

Морозова Е. Группа кратковременного пребывания: мой первый опыт сотрудничества с родителями // Дошкольное воспитание. 2002. № 11.

Служба ранней помощи: Справочно-метод. мат-лы по организации Служб ранней помощи / Под ред. М.М. Цапенко. М., 2011.

# Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии

Шаркова В.А.,

учитель-логопед ГБОУ «Школа № 1394», Москва

**Аннотация.** В статье рассматриваются проблемы ранней помощи детям с особыми потребностями, поддержки их семей на федеральном уровне, вариативности форм помощи. Также описываются особенности, которые необходимо учитывать при работе с детьми раннего возраста.

**Ключевые слова.** Дети с особыми потребностями, «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», абилитация, вариативные формы дошкольного образования.

Проблема ранней помощи детям с особыми потребностями в настоящий момент чрезвычайно

актуальна, так как в последнее время большое число новорожденных имеют перинатальное по-

ражение ЦНС и нуждаются в стимулирующем и коррекционном психолого-педагогическом воздействии. Также психолого-педагогическая поддержка необходима и членам семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.

В течение двух десятилетий Институт коррекционной педагогики Российской академии образования разрабатывал концепцию раннего выявления и коррекции различных отклонений в развитии у детей первых трех лет жизни. Ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых месяцев жизни позволяют не только скорректировать уже имеющиеся отклонения в развитии, но и предупредить появление дальнейших, достичь более высокого уровня общего развития детей, дают возможность детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) включиться в общий образовательный поток (интегрированное обучение). В результате отпадает необходимость в дорогостоящем специальном образовании.

Учитывая рост числа детей с отклонениями в развитии, специальная педагогика приобретает приоритетное направление. Распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р была утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». В этом документе раскрыты основные по-

нятия, цели, задачи и приоритетные направления развития ранней помощи в РФ. Сейчас в Москве и других крупных городах открыто большое количество вариативных форм дошкольного образования, куда семья, имеющая ребенка с отклонениями в развитии (риском подобных отклонений), может обратиться. Это Служба ранней помощи, лекотеки, группы кратковременного пребывания «Особый ребенок» — структурные подразделения детских садов, находящихся в непосредственной близости и доступности для семей, нуждающихся в помощи. В такие подразделения семья может обратиться как по направлению врача районной поликлиники, так и самостоятельно.

Сопровождение семьи в вариативных формах дает возможность учитывать не только особенности ребенка, но и работать с системой «ребенок — родители», активно вовлекать взрослых членов семьи в развитие и абилитацию детей.

Цели деятельности вариативных форм дошкольного образования — организованная психолого-педагогическая и социальная поддержка семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии и не посещающего образовательное учреждение, а также подбор адекватных способов взаимодействия с ним, его воспитания и обучения, коррекция

отклонений в развитии, помочь в определении дальнейшего образовательного маршрута.

*Основные задачи вариативных форм дошкольного образования:*

- проводить психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями в развитии (риском нарушения) и их семей;
  - оказывать комплексную коррекционно-развивающую помощь таким детям и психолого-педагогическую поддержку их семьям;
  - осуществлять работу по адаптации, социализации и интеграции детей с нарушениями (риском нарушения) в развитии;
  - включать родителей (законных представителей) в процесс воспитания и обучения ребенка;
  - определять дальнейший образовательный его маршрут.
- В штат специалистов, работающих с детьми с отклонениями в развитии, входят учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог и, по возможности, врач-невропатолог. Тесная взаимосвязь между специалистами позволяет максимально эффективно оказывать коррекционную помощь и поддержку семье ребенка с ОВЗ, учитывать темп и степень обучаемости воспитанника по тому или иному направлению.

При работе с детьми раннего возраста необходимо учитывать следующее:

- ребенок познает мир с помощью взрослого путем подражания;
- в совместной деятельности ребенка и взрослого следует совмещать элементы игры и обучения;
- для закрепления нового навыка нужно многократное его повторение;
- содержание материала занятия должно соответствовать детскому опыту;
- нужно контролировать уровень сложности предлагаемого материала, длительность занятия;
- моделировать ситуации, требующие переноса усвоенных знаний;
- важна четкая структура занятия, предусматривающая смену видов деятельности;
- малышам всегда крайне важна положительная оценка деятельности;
- педагог должен проявлять гибкость в подготовке и проведении занятий.

Уважаемые родители! Если в вашей семье появился ребенок с отклонениями в развитии, не стоит этого стесняться и опускать руки. Есть люди, которые полны энтузиазма и готовы помочь вам обеспечить достойное дошкольное образование ребенка, научить его грамотно взаимодействовать с другими детьми и дать ему путевку в жизнь.

# Социализация ребенка с психофизиологическими особенностями

Дружиловская О.В.,  
доцент кафедры анатомии, физиологии  
и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО  
«Московский педагогический государственный  
университет», Москва

Ребенок — это космобиопсихо-социокультурное, пластичное существо, находящееся в интенсивном развитии, активно усваивающее и созидающее общественно-исторический опыт и культуру, самосовершествующееся в пространстве и времени, имеющее богатую духовную жизнь.

В.И. Максимова

---

*Аннотация.* В статье рассматривается созревание функций ЦНС детей с психофизиологическими особенностями в процессе активности обучения игры на флейте. Система обучения игры на этом инструменте обеспечивает формирование адаптивных механизмов мозга в различных социокультурных условиях.

*Ключевые слова.* Социокультурное пространство, функциогенез, адаптивные возможности ЦНС, морфогенез, онтогенез, системогенез.

---

Важной характеристикой современного социума выступают структурные и функциональные изменения существовавших ранее социальных институтов, традиционных способов разделения деятельности, сложившихся общностей людей. Одновременно с этим наблюдается интенсивный процесс создания принципиально нового многомерного социокультурного пространства. Необходимость жить в этом сложном и неоднозначном социальном пространстве



ставит ребенка перед проблемой нахождения себя одновременно в различных видах деятельности и разных типах социальных общностей, т.е. перед задачей, не стоявшей перед ним так остро на предыдущих этапах развития нашего общества.

Путь образования — прежде всего компетентный выбор каждой личностью своего жизненного пути. Исследование А.Ф. Малышевского показало, что решение проблемы формирования содержания общего образования осуществляется с позиций культурно-исторической, или культурно-социальной методологии, согласно которой процесс совершенствования системы образования — оптимизация института социализации детей, живущих в различных социально-демографических, географических, экономических и других условиях.

Концепция содержания общего образования, предложенная профессором А.Ф. Малышевским, базируется на соответствии:

— образовательного процесса уровню и особенностям развития ребенка, его жизненным циклам как этапам социализации;

— образовательных компонентов и уровней сензитивных периодов овладения ребенком социальными способами бытия, его естественными формами;

— методов и организационных форм обучения культурно-социальным ситуациям развития ребенка, овладевающим социальными способами бытия, его цивилизационными формами.

В культурное наследие входят ценности, которые создавались и осмысливались человечеством в течение тысячелетий. Именно они должны быть переданы и усвоены человеком в течение определенного периода его развития. Следует предоставить каждому необходимый минимум доступных средств индивидуального развития, которые составили бы базу для усвоения культурных ценностей.

Человек с рождения готов к усвоению человеческих форм поведения, речи, культуры и опыта человечества. При этом с самого появления на свет ребенок не только усваивает культуру и опыт, но и активно вплетается в него, в присущую человеку систему социальных связей и изменяет ее и себя. Для воспроизведения и преобразования культуры и самого себя большое значение имеют его жизненный опыт, генетическая программа и физиологические особенности. Однако влияние и тех и других преломляется и осуществляется через образ окружающей жизни.

Большую роль в социализации ребенка с психофизиологи-

ческими особенностями играют интегративные процессы, которые выражаются в многообразии форм совместного обучения и воспитания детей с проблемами психического развития их нормально развивающихся сверстников (Н.Н. Малафеев).

Социально-психические характеристики определенных этапов развития ребенка позволяют говорить о том, что он переживает определенные стадии своего культурного развития, каждая из которых характеризуется различными отношениями к внешнему миру. Психофизиологические показатели развития ребенка прежде всего связаны с морфофункциональными изменениями ЦНС, отражающимися в различных формах взаимодействия с окружающим его социокультурным миром.

Взаимосвязь мозга и психики в онтогенезе, как и любая другая связь, влияющая на развитие органа и расширение спектра его возможностей, представлена в понятии «функциогенез». Его можно представить как модель игры на музыкальном инструменте. В процессе обучения преобразуется вся моторика рук, складываются иные внутренние соотношения между группами мышц.

Взаимодействие органа и функции в процессе онтогенеза

формирует морфофункциональную структуру, которая (с учетом индивидуальных предпосылок) может превратиться в уникальную технику музыкального исполнения. Данный процесс морфофункционального созревания по-разному протекает у скрипача, пианиста и органиста, что доказывает формирование психических функций и их мозговых морфофункциональных коррелятов. В этнической психологии данная взаимосвязь представлена в пословицах и поговорках. От поколения к поколению переходят забавные считалки, дразнилки, скороговорки и т.д.

В живом и работающем мозге у активно развивающегося ребенка анатомические составляющие складываются в системы и ансамбли, вступая в сложные связи между собой, объединяясь и пересекаясь, интегрируясь и конфликтуя. Таким образом формируется функциональная готовность мозга к решению задач, которые ставит перед ребенком предметная среда, микро- и макросоциум, социальные и педагогические требования (М. Микадзе).

Функциогенез — становление «функциональных органов» психики одновременно с построением у ребенка высших специфических человеческих процессов. У него формируются

устойчивые рефлекторные объединения или системы, служащие для совершения определенных актов. Такие функциональные органы возникают прижизненно и в последующем действуют как единое целое, характеризуясь высокой степенью устойчивости при заложенной в них возможности перестройки за счет замены отдельных компонентов на другие. Это обеспечивает их высочайшую способность к компенсации.

Исследование отечественных психофизиологов и нейропсихологов показало, что по мере овладения каким-либо действием количество включенных в его исполнение функциональных органов уменьшается и происходит «сжатие» системы. Однако при возникновении затруднений действие вновь может развернуться в полном наборе всех обеспечивающих ранее достижение иско-мого результата функционально связанных структур мозга. Таким образом, анатомическое созревание мозга (морфогенез) служит фундаментом для становления работающих в сочетаниях и взаимосвязи функциональных объединений мозговых структур (функциогенез). Это, в свою очередь, обеспечивает необходимые условия для психической деятельности в ее развитии. Таким образом, трудности формиро-

вания каких-либо психических действий в процессе обучения и воспитания могут быть связаны как с морфогенезом, так и с функциогенезом мозга.

Все вышесказанное приводит нас к выделению основных причин школьной неуспеваемости, связанных с онтогенезом мозга ребенка:

- предъявляемые школьнику требования не отвечают по времени стадии нормального анатомического и функционального развития мозга, опережая его возрастную готовность;
- наблюдается отставание или отклонение в анатомическом развитии отдельных мозговых структур;
- при нормальном морфологическом созревании не складывается соответствующий уровень функционирования. Важно знать время морфологической готовности соответствующих зон мозга к работе, с тем, чтобы актуализировать их активность;
- в процессе развития мозговых функциональных органов не проработаны необходимые связи — взаимодействие как между различными структурами мозга, так и между психическими процессами.

В некоторых школах для детей, плохо адаптирующихся к школьным и другим социокультурным условиям, введены

уроки обучения игре на блок-флейте. Флейта — один из самых древних духовых инструментов. Археологи находят изображения флейтистов на фресках Древнего Египта и Греции. Возникшая из тростниковой дудки, флейта поначалу была простой деревянной трубкой с отверстиями.

В течение многих веков она совершенствовалась, пока не приобрела современный вид. Раньше флейта была продольной, и держали ее в вертикальном положении. Затем появилась так называемая поперечная флейта, которую музыкант держит горизонтально. Продольную флейту вновь открыли лишь в нашем столетии, и теперь она снова радует слушателей своим красивым и своеобразным тембром.

Существует целая семья продольных флейт: сопрано, альт, тенор и бас — настоящий квартет этих инструментов. Флейта-сопрано — самая маленькая и имеет очень высокий звук. Басовая продольная флейта имеет самую длинную трубку, а поэтому и самый низкий звук.

Для продольной флейты написано великое множество произведений. Одно из прекраснейших и наиболее известных — Четвертый Бранденбургский концерт И.С. Баха, в котором солируют две продольные флей-

ты и скрипка в сопровождении струнного оркестра и клавесина.

Диапазон продольной флейты — от *до* первой до *до* четвертой октавы, нижний регистр глуховатый, мягкий; средний и часть верхнего регистра очень красивы, обладают нежным и певучим тембром; самые высокие звуки пронзительные, свистящие.

В инструментальных ансамблях флейта принимала участие уже в XV в. Композиторов привлекало ее напевное звучание, а позднее, когда инструмент усовершенствовался, — богатые виртуозные возможности.

Обучение детей игре на флейте уникально отражается в процессах морфо- и функциогенеза созревания структур нервной системы. Флейта раскрывает возможности ребенка через внутреннее побуждение к познанию окружающего мира. У детей формируются переживание и понимание звучания флейты и собственного пения. Исследования Института мозга в Штутгарте доказали существование глубинных связей, отражающихся в межполушарном взаимодействии во время обучения игре на флейте.

Развитие музыкального слуха и моторики, по отзывам специалистов школ, приводит к улучшению устной и письменной речи. Таким образом, в нормальном функциогенезе происходит

взаимодействие различных сфер психики и соответствующих им мозговых структур. Данное положение — логическое следствие представлений о системном строении психики и мозга. Все психические процессы (действия) — сложное целое, состоящее из взаимосвязанных между собой частей (звеньев). Они обеспечиваются набором действующих мозговых структур, объединенных в функциональные черты.

Техника игры на флейте раскрывает психофизиологические особенности мозговой деятельности, формируя высокий уровень адаптивных возможностей ЦНС. Эмоциональное переживание, которые испытывают дети, способствует познанию мира

через музыкальное творчество разных времен и народов.

В нашем исследовании мы опирались на многовековой опыт и традиции как на культурно-исторические условия, влияющие на учебную мотивацию и формирование системы знаний у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Данный подход в образовании поможет раскрыть индивидуальные психофизиологические возможности как ученика, так и учителя в процессе становления личности, укрепит психическое здоровье и повысит уровень психоэмоционального реагирования. По нашему мнению, флейта — связующее звено в социокультурном опыте прошлых и настоящих поколений.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

### ФЛЕЙТА — ГАРМОНИЯ РАЗВИТИЯ

Мир музыки — калейдоскоп звуков. Поперечная флейта — свирель с вдувным отверстием, прорезанным сбоку. Ствол чаще всего закрыт с конца, расположенного ближе к вдувному отверстию. Обычно флейту держат справа от исполнителя.

Поперечные флейты появились в Азии, их можно увидеть на изображениях IX в. до н.э. Они сложны в изготовлении, играть на них тоже непросто. Звук флейты очень приятен, на ней можно исполнять самые замысловатые мелодии.

Во время игры инструмент или какая-то его часть незаметно, но очень быстро вибрирует, вызывая колебания воздуха. Когда мы слушаем музыку, наши барабанные перепонки вибрируют вслед за колебаниями воздуха, исходящими от инструмента, а наш мозг преобразует их в различимые звуки.

ПЕДАГОГИКА

# Музыкотерапия – средство гармонизации эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР

Артемова Е.Э.,  
канд. пед. наук, доцент;

Куризова В.В.,  
магистрант программы «Педагогика и психология инклюзивного образования» кафедры специального (дефектологического) образования ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва

---

*Аннотация.* В статье рассматриваются примеры использования средств музыкотерапии в психокоррекционной работе с дошкольниками с задержкой психического развития.

*Ключевые слова.* Задержка психического развития, психокоррекционная работа, музыкальная терапия, дети с ограниченными возможностями здоровья, эмоциональные нарушения.

---

Можно назвать целый ряд особенностей, характерных для эмоционального развития детей с задержкой психического развития (ЗПР): незрелость эмоционально-волевой сферы, инфантилизм, гиперактивность, импульсивность, склонность к аффективным вспышкам и др.

Наше исследование было посвящено изучению особенностей эмоционального состояния таких детей. Анализ его

результатов позволяет говорить о том, что дошкольники с ЗПР нуждаются в коррекции эмоционального состояния, понимания, осознания своих и чужих эмоций и формировании умения выражать свои чувства и переживания. У детей с такими нарушениями часто наблюдаются проявления агрессии и демонстративности поведения. Обычно это связано с тем, что у этой категории дошкольников создается отрицательное пред-

ставление о себе: они не верят в собственные способности и низко оценивают свои возможности. В результате у них зачастую формируется агрессивный тип поведения, а также появляется желание привлечь к себе внимание.

Большая часть обследованных детей с ЗПР затрудняются в правильном выражении своих эмоций. Дошкольники строят гримасы отрицательного характера, хотя их эмоциональный настрой не обязательно негативен. Также встречается «эмоциональная скучность»: дети почти не выражают эмоций ни с помощью мимики, ни другими способами. Все вышеперечисленное, безусловно, оказывает негативное влияние не только на сферу коммуникации детей, но и на их психическое развитие в целом. Поэтому необходимо проводить коррекцию эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР в процессе коррекционно-развивающей работы.

В ходе проведения исследования мы изучали влияние музыки на гармонизацию эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР в процессе коррекционно-психологической работы. Включение музыкальных упражнений в систему коррекционной работы позволяет наряду с обычными обучающими зада-

чами решать более специфические, соответствующие направлениям коррекционной помощи при различных нарушениях развития.

Музыкальные занятия входят в обязательную часть программ ДОО и школ, а также многих реабилитационных и развивающих центров. Музыка играет большую роль в осуществлении коррекционной помощи детям с различными нарушениями развития. Специально организованные музыкальные занятия позволяют решать разнообразные задачи (формировать слуховое внимание и восприятие, гармонизировать эмоционально-волевую сферу) в процессе коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Исследования физиологов позволили выявить влияние музыки на различные системы человека. Было обнаружено, что восприятие музыки ускоряет сердечные сокращения, повышает темп дыхания, усиливающее действие музыкальных раздражителей на пульс, дыхание в зависимости от высоты, силы звука и тембра. Частота дыхательных движений и сердцебиения менялась в зависимости от темпа, тональности музыкального произведения.

Музыка оказывает на человека физиологическое воздействие, поскольку она как ритмический раздражитель стимулирует физиологические процессы организма, происходящие ритмично как в двигательной, так и в вегетативной сферах. На ее восприятие влияют многие факторы: степень музыкальной подготовки, индивидуальные особенности музыкального восприятия, уровень интеллектуального развития слушающего и др.

Использование музыки в качестве коррекционного или лечебного средства носит название музыкотерапии. В ходе музыкально-педагогической реабилитации с лечебно-восстановительной целью используется музыкально-педагогический процесс, который может осуществляться в виде музыкально-дидактических игр, обучения пению, игре на музыкальных инструментах, движения под музыку (ритмика, танцы, игры), прослушивания музыки.

Исходя из предварительной диагностики и учитывая психологические и возрастные особенности детей — участников эксперимента, мы разработали план проведения экспериментальной работы с применением средств музыкотерапии.

Мы проводили систематические занятия по музыкотерапии с детьми экспериментальной группы (3 раза в неделю по 25—35 мин).

Специально подобранная классическая музыка звучала также во время утреннего приема детей, вечерних занятий. Мы регулярно проводили консультативные беседы по включению элементов музыкальной терапии в занятия и режимные моменты со специалистами детского сада — логопедом, инструктором по физической культуре, преподавателем изобразительной деятельности.

Музыкальный материал подбирали отдельно для каждого занятия, при этом учитывали изменение настроения, динамики и темпа музыкального произведения:

— первое музыкальное произведение призвано сформировать определенную атмосферу, готовит к дальнейшему прослушиванию музыки. Как правило, это произведение, которое оказывает расслабляющее действие (Дж. Перголези «Stabat Mater», И.С. Бах — Ш. Гуно «Аве Мария», П.И. Чайковский «Сладкие грезы»);

— второе произведение — напряженное, динамичное, выраждающее общее настроение детей, стимулирующее интен-

сивные эмоции, способствующее снятию агрессивных импульсов и физической агрессии («Порыв» Р. Шумана, вальс из к/ф «Метель» Г. Свиридова, «Маленькая ночная серенада» В.А. Моцарта, «Сентиментальный вальс» П.И. Чайковского и др.);

— третье произведение направлено на снятие напряжения, создание атмосферы покоя. Оно обычно спокойное, релаксирующее, или энергичное, жизнеутверждающее, дающее заряд бодрости, энергии и оптимизма («Менуэт» Л. Боккерини, ода «К радости» Л. ван Бетховена, «Испанское капричио» Н.А. Римского-Корсакова и т.п.).

Помимо прослушивания музыки (пассивная форма музыкотерапии) на некоторых занятиях мы использовали другие арт-терапевтические приемы, применяемые в коррекционной и лечебной педагогике, например цвето-, имаготерапию и т.п.

Экспериментальное обучение с использованием средств музыкотерапии мы проводили на протяжении 6 мес. Повторное обследование эмоционального состояния дошкольников с ЗПР позволило говорить о наличии положительной динамики. У детей уменьшились проявления агрессии, снизились

тревожность, демонстративность. Они стали лучше дифференцировать эмоции других людей.

Таким образом, проведение специальной психокоррекционной работы с использованием средств музыкотерапии оказывает положительное влияние на устранение недостатков эмоционально-волевой сферы у дошкольников с ЗПР.

## Литература

- Игумнова Т.Т., Осипова Н.А. Арт-терапия и ее использование в практике дошкольного учреждения // Психология, социология и педагогика. 2003. № 3.
- Медведева Е.А. и др. Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. М., 2001.
- Неверович Я.З. Мотивация и эмоциональная регуляция деятельности у детей дошкольного возраста // Развитие социальных эмоций у детей дошкольного возраста. М., 2001.
- Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия: Теория и практика: Учеб. пособие. М., 1999.
- Радынова О.А., Паландишвили М.А. Музыкальное воспитание дошкольников. М., 2003.
- Тарасова К.В., Рубан Т.Г. Дети слушают музыку: Метод. рекомендации к занятиям с дошкольниками по слушанию музыки. М., 2011.

# Особенности развития психических функций у детей с ОНР

Поликарпова Л.А.,

учитель-дефектолог, учитель-логопед ГБОУ  
«Школа № 1394», Москва

*Аннотация.* В статье представлены особенности развития психических функций у детей с общим недоразвитием речи, в том числе с тяжелыми ее нарушениями.

*Ключевые слова.* Общее недоразвитие речи, тяжелые нарушения речи, психические функции.

В последние годы значительно увеличилось количество детей с речевыми нарушениями. Известно, что речевая деятельность — интегрирующая в системе психических функций человека. Как отмечали Л.С. Выготский и А.Р. Лuria, она выполняет также и социальную функцию, выступая средством общения на всех уровнях, обеспечивая адаптацию человека к окружающей среде. Речь — средство полноценного общения и развития личности человека.

В настоящее время, согласно основной классификации, дети с тяжелыми нарушениями речи составляют отдельную группу детей с ОВЗ.

К тяжелым нарушениям речи относится общее ее недоразвитие (ОНР) — различные слож-

ные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Впервые теоретическое обоснование ОНР было сделано в результате многоаспектных исследований различных форм речевой патологии у детей дошкольного и школьного возраста, проведенных в 50—60-е гг. XX в. Р.Е. Левиной и коллективом научных сотрудников НИИ дефектологии (Г.И. Жаренкова, Г.А. Каше, Н.А. Никашина, Л.Ф. Спирова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и др.). Отклонения в формировании речи стали рассматриваться как нарушения развития, протекающие по законам

иерархического строения высших психических функций.

Общее недоразвитие речи — сложное речевое расстройство, при котором у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом отмечаются более позднее начало развития речи, скучный запас слов, нарушения грамматического строя, трудности фонетико-фонематического развития. Это единство проявлений указывает на системное нарушение всех компонентов речевой деятельности. Наблюдается недостаточная речевая активность. ОНР может наблюдаться при сложных формах детской речевой патологии: алалии, афазии, ринолалии, дизартрии.

Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер.

У детей с тяжелыми нарушениями речи можно отметить следующие особенности сенсорного развития: затруднения в обследовании предметов, выделении нужных свойств, обозначении этих свойств словом. Воспитанники путают названия цветов, геометрических фигур, с трудом ориентируются в пространственных и временных отношениях, далеко не всегда используют возможности восприятия, которыми обладают.

Слуховое восприятие детей с ОНР — слуховое внимание, тембровый, звукочастотный слух, ритмическое чувство, — также формируется со значительной задержкой, как указывает А.П. Воронова.

У детей с тяжелыми нарушениями речи отмечаются недостаточная устойчивость внимания, трудности его распределения и переключения. Страдает в большей степени вербальная память. Наглядный материал дети запоминают лучше вербального. У воспитанников с ОНР страдает как механическая, так и логическая память. Снижение уровня логической памяти обусловлено недостаточностью смысловой переработки получаемой информации.

Отмечается и своеобразие кратковременной памяти: снижение объема и скорости памяти, медленное нарастание продуктивности запоминания, нарушение порядка воспроизведения рядов, медлительность воспроизведения за счет побочных факторов.

Нарушение внимания и памяти у детей с ОНР может проявляться в следующем: они трудно восстанавливают порядок предметов или картинок после их перестановки, не могут определить исчезнувший предмет из ряда предложенных, не замеча-

ют неточности в «нелепицах», не всегда выделяют предметы, геометрические фигуры или слова по заданному признаку. Конечно, это говорит и об особенностях развития мышления.

Ребенку с ОНР трудно сосредотачиваться и удерживать внимание на словесном материале вне наглядной ситуации, поэтому он не может воспринимать в полном объеме пространные, не конкретные объяснения педагога, длинные инструкции, продолжительные оценки деятельности. Согласно А.В. Ястребовой, для всех детей с ОНР характерен пониженный уровень развития основных свойств внимания.

О.Н. Усанова выделяет следующие особенности внимания детей с речевой патологией:

- нарушения концентрации внимания как следствие утомления;
- неадекватные колебания внимания;
- ограниченный объем внимания. Дети воспринимают ограниченное количество информации, не ситуацию в целом, а лишь отдельные ее элементы; в связи с чем осуществление деятельности замедляется;
- «генерализованное и неселективное» внимание, что проявляется в неумении сосредотачиваться на существенных

признаках из-за трудности в дифференциации раздражителей по степени важности; у ребенка наблюдается зависимость внимания от внешних воздействий;

- персеверация («прилипание») внимания, выражющееся в сниженной способности переключать внимание с одного вида деятельности на другой.

Описанные нарушения внимания у детей с ОНР отрицательно влияют на протекание всех познавательных процессов, снижают эффективность владения знаниями, умениями и навыками, в том числе и речевыми.

Следует отметить, что нарушения внимания и памяти в большей степени затрагивают произвольную деятельность. Сосредоточение и запоминание на непроизвольном уровне происходит значительно лучше. Например, внимание при просмотре мультифильма или компьютерной игры не надо мобилизовать, оно сохраняется в течение длительного времени. При этом ребенок помнит и воспроизводит сложные имена героев, все необходимые «манипуляции», последовательность действий, события и т.п. А вот одну из картинок, представленных педагогом, а потом спрятанных им же, воспитанник может не вспомнить, как и не заметить,

какие картинки взрослый поменял местами.

Говоря о развитии внимания и памяти, следует отметить также и то, что дети с ОНР легче удерживают в голове простые инструкции, забывая сложные. Низкая активность припоминания у наиболее слабых детей сочетается с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности.

Речевые нарушения тесно связаны с другими сторонами психического развития ребенка. Эта влечет за собой своеобразие развития мышления детей с ОНР. Такие дети в целом имеют полноценные предпосылки для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, но при этом отстают в развитии словесно-логического мышления. Для овладения детьми с ОНР операциями анализа и синтеза, сравнения и обобщения необходимо специальное обучение. Они с трудом усваивают абстрактные, временные и пространственные понятия.

Как отмечают Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова и Т.Б. Филичева, при первичном ОНР у детей формирование речи и мышления имеет качественные особенности. Так, начальные этапы психического развития (на первом году жизни) не нарушены, предречевое развитие

также в ряде случаев протекает правильно.

У детей с ОНР в более ранние сроки развивается первое понимание обращенной речи (обычно к 1—1,5 годам), к концу первого года жизни у них формируется дифференцированное отношение к окружающему, они выделяют близких, дифференцированно относятся к игрушкам. Обращает на себя внимание выраженный познавательный интерес этих воспитанников, достаточное развитие предметной и игровой деятельности.

В младшем дошкольном возрасте у детей с ОНР прежде всего выявляется диссоциация речевого и психического развития. Психическое развитие опережает развитие речи. Находясь на первом уровне речевого развития и почти не владея словесными формами общения, дети отличаются эмоционально избирательным отношением к окружающему, у них рано формируется критичность к своей речевой недостаточности, проявляются выраженный интерес и стремление к познавательной деятельности.

Постепенно у детей с тяжелыми нарушениями речи формируются обобщенное мышление, функция сравнения, появляется возможность выделять предметы по их существенным призна-

кам. Они используют элементы помощи, способны применять приобретенные знания в новой ситуации.

Трудности развития абстрактного и обобщенного мышления проявляются в неспособности ребенка с ОНР устанавливать сходства и различия между предметами и явлениями по существенным признакам, в играх «Четвертый лишний», в затруднениях при выполнении в непонимании основного смысла рассказа.

Дети с ОНР нуждаются в постоянной стимуляции, побуждении к деятельности, у них отмечается недостаточное развитие динамики мыслительных процессов и внутренней речи. Их интеллектуальные возможности часто оказываются крайне неравномерными: отчетливо выявляется диссоциация в выполнении речевых и безречевых заданий. Многие дети, как отмечают Н.С. Жукова, Е.М. Мастьюкова, Т.Б. Филичева, испытывают трудности в решении арифметических задач, овладении абстрактным счетом.

В целом, по мнению многих исследователей, у детей с ОНР процесс мышления характеризуется импульсивностью, хаотичностью, застrevанием. И.Т. Власенко говорит о том, что мышление детей с тяжелы-

ми нарушениями речи преимущественно конкретное, инфантильное и стереотипное. Они отличаются повышенной отвлекаемостью, обращают внимание на несущественные детали, упускают существенное, не могут адекватно оценить ситуацию.

Наряду с общими психологическими особенностями, детям с ОНР присуще отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Например, отмечается неверный захват ложки, карандаша, дети с трудом работают со шнурковками, не могут справиться с пуговицами, молниями, порой долго не определяется ведущая рука и т.д. Выраженные трудности возникают при выполнении действий двумя руками, по словесной инструкции.

Дети с ОНР отстают от нормально развивающихся сверстников в воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части (например при перекатывании мяча с руки на руку, его передаче с небольшого расстояния, ударах об пол с попеременным

чередованием, прыжках на правой и левой ноге, ритмических движениях под музыку). Н.С. Жукова и Е.М. Мастиюкова отмечают недостаточную координацию пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики, замедленность, застrevание на одной позе.

Связь мелкой моторики и речевой функции подтверждена исследованиями ученых Института физиологии детей и подростков (А.В. Антакова-Фомина, Е.М. Исенина, М.И. Кольцова). Было выявлено, что систематическая работа по тренировке движений пальцев способствует развитию речи и служит эффективным средством повышения работоспособности коры головного мозга. У детей улучшаются внимание, память, слух, зрение. Поэтому в работе с детьми, имеющими речевые нарушения, необходимо использовать игры, объединяющие памятно мышечные и осязательные ощущения, вызываемые движением. Хорошо зарекомендовали себя упражнения на координацию речи с движением.

Н.С. Жукова, Е.М. Мастиюкова и Т.Б. Филичева отмечают, что у детей с ОНР отмечается значительное замедление темпа развития неречевых психических функций по сравнению с нормой. Эти особенности развития психических процессов у воспи-

танников с тяжелыми нарушениями речи необходимо учитывать в процессе организации коррекционной работы с ними для осуществления максимально возможной коррекции как речевого развития, так и развития ребенка в целом.

## Литература

- Власенко И.Т.* Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. М., 1990.
- Воронова А.П.* Состояние психических функций и процессов у детей с общим недоразвитием речи // Методы изучения и преодоления речевых расстройств: Межвуз. сб. науч. тр. / Под ред. Г.А. Волковой. СПб., 1994.
- Жукова Н.С., Мастиюкова Е.М., Филичева Т.Б.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Екатеринбург, 1999.
- Левина Р.Е., Никашина Н.А.* Общее недоразвитие речи у детей // Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1968.
- Усанова О.Н., Таракуша Ю.Ф.* Особенности произвольного внимания детей с моторной алалией // Недоразвитие и утрата речи. М., 1980.
- Филичева Т.Б., Чиркина Г.В.* Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: Практ. пособие. М., 2004.
- Ястребова А.В., Спирова Л.Ф., Бессонова Т.П.* Учителю о детях с недостатками речи. М., 1996.

# Подвижные и речевые игры для детей с ОНР

Гуськова А.А.,  
учитель-логопед МБДОУ д/с № 46, Самара

**Аннотация.** В статье представлены подвижные и речевые игры на развитие общей и мелкой моторики, координации речи и движений для дошкольников и младших школьников с ОНР. В них используются произведения народного фольклора: пестушки, прибаутки, заклички, потешки и др.

**Ключевые слова.** Общее недоразвитие речи, развитие общей и мелкой моторики, детский фольклор, подвижные игры, речевые игры, координация речи и движений, интерактивный подход.

В число важнейших задач логопедической работы с дошкольниками и младшими школьниками с общим недоразвитием речи (ОНР) входит формирование у них связной монологической речи.

Под ОНР у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом понимают такую форму речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся как к звуковой, так и к смысловой стороне речи. У воспитанников этой категории отмечаются существенные отклонения в развитии моторной и эмоционально-волевой сферы: общая моторная неловкость, недостаточная статическая и динами-

ческая координация движений, слабый мышечный тонус, истощаемость движений, недостаточная двигательная память и снижение произвольного внимания при выполнении серии двигательных заданий.

Преодоление ОНР требует интегративного подхода — системы логопедической работы, формирования общей, мелкой и артикуляционной моторики, коррекции и развития психических функций.

Основные направления логопедической работы представлены в программе Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной [8]. Коррекционная работа по данной методике обеспечивает овладение детьми самостоятельной, связной, грамматически правильной

речью, фонетической системой родного языка, элементами грамоты.

На современном этапе одним из актуальных вопросов педагогики выступает поиск новых форм и методов коррекционного обучения детей. С повышением внимания к развитию личности ребенка связывается возможность обновления и качественного улучшения системы речевого развития. Наряду с поиском современных моделей воспитания, необходимо возрождать лучшие образцы народной педагогики. Фольклор как сокровищница русского народа находит свое применение в различных областях работы с детьми дошкольного и школьного возраста.

«Детский фольклор — это особая часть народной культуры, которая играет важную роль в жизни каждого народа. Произведения детского фольклора имеют важное значение в становлении и развитии личности каждого вновь появившегося на свет человека, освоении им культурных богатств, предшествующих поколений. Они необходимы ребенку для выражения в художественной форме своего особого видения мира, порожденного возрастными психическими особенностями. Эти возрастные психические

особенности, взаимодействие ребенка с окружающим миром, со сверстниками и взрослыми людьми меняются по мере развития ребенка от рождения до отрочества», — отмечает М.Ю. Новицкая [5].

С искусством народа нас знакомит первая услышанная в детстве *колыбельная песня*, наполненная материнской любовью. За пением колыбельных песен наступал черед тешить ребенка *пестушками и потешками*. Свое название пестушки получили от слова «пестовать» — нянчить, холить, ходить за кем-нибудь. Это короткие стихотворения — приговоры, которыми сопровождают движения ребенка в первые месяцы жизни: пальцами, ручками, ножками.

В первые годы жизни матери и няньки пели детям песенки и более сложного содержания. Это песенные *прибаутки*, маленькие сказки в стихах. Затейливый мир прибаутки так похож на тот, в котором живут люди: мелют муку на мельнице, толкуют овес, куют в кузнице, пасут скотину и т.д. Поэзия прибауток — поэзия смелого смещения реальных явлений, но такого, за которым угадываются действительные связи мира. Особенно это свойство обнаруживается в прибаутках-перевертышах. Здесь все перевернуто, все на-

оборот: загорелось сине море, полетела рыба под небеса, а мужик на печи осетра поймал. Одним словом, это путаница, но в ней все легко расставить по своим местам. Невероятное — источник смешного. Ребенок учится смеяться над тем, что не соответствует своему назначению и месту.

В прошлом дети рано начинали делять заботы взрослых. На улице они выучивали заклички и приговорки. *Закличка* — обращение к солнцу, радуге, дождю, птицам, а *приговорка* — обращение к мышке, чтобы дала новый крепкий зуб вместо выпавшего, к улитке, чтобы выставила рожки, это передразнивание птиц, слова при скакании на одной ноге, когда в ухо попадала вода, и надо было, чтобы она вылилась. В отличие от заклички приговорка исполнялась не хором, не группой, а каждым ребенком отдельно. Просьбы и пожелания детей звучат как приказы. Дождю велят: «Поливай ковшом!», солнцу: «Выгляни в окошечко!», радуге: «Не давай дождя, давай солнышка!» Среди приговорок много подражаний птичьему крику. Воробей будто бы чирикает: «Чин чина больше!», а перепелка вечером кричит: «Спать пора! Спать пора!»

*Подвижная игра* — незаменимое средство пополнения ре-

бенком знаний и представлений об окружающем мире, развития мышления, смекалки, ловкости, сноровки, морально-волевых качеств. Подвижные игры — одно из условий развития культуры ребенка. В них он осмысливает и познает окружающий мир, в них развивается его интеллект, фантазия, воображение, формируются социальные качества. Подвижные игры — всегда творческая деятельность, в которой проявляется естественная потребность ребенка в движении, необходимость найти решение двигательной задачи. Играя, ребенок не только познает окружающий мир, но и преображает его. Большое влияние подвижные игры оказывают также и на нервно-психическое развитие ребенка, формирование важных качеств личности. Они вызывают положительные эмоции, развиваются тормозные процессы: в ходе игры детям приходится реагировать движением на одни сигналы и удерживаться от движений при других. В этих играх развиваются воля, сообразительность, смелость, быстрота реакций и др. Совместные действия в играх сближают детей, доставляют им радость от преодоления трудностей и достижения успеха. Источником подвижных игр с правилами служат народные игры, для которых характерны

яркость замысла, содержательность, простота и занимательность.

Игры подбираются с учетом возрастных особенностей детей, их возможностей выполнять те или иные движения, соблюдать игровые правила.

М.Ю. Новицкая отмечает: «Разнообразна, пестра, многоцветна ткань художественного слова в детских играх. Ей присущи все поэтические особенности, характерные для детского устного творчества, унаследованные от плодоносящего древа могучей традиционной народной культуры. Это диалогичность, эмоциональные двойные обращения и звукоподражания; четкий ритм, рифма; динамичность сюжетного действия, эффектная предметность изображения, простая и выразительная игровая атрибутика» [5].

Вот что говорит о значении игры в двигательной терапии Г.А. Волкова: «Музыкальное сопровождение игр ведет к еще более эффективному развитию и закреплению полезных качеств и умений, полной согласованности движений по скорости продолжительности, воспитывает чувство ритма, благоприятствует уравновешиванию нервных процессов, содействует лучшей координации и регуляции мышечных усилий с функциями раз-

личных анализаторов организма ребенка» [3].

Особые свойства у *игровых припевов и приговоров*. Ими начинают игру или связывают части игрового действия. Они могут выполнять и роль концовок, а чаще всего содержат условия самой игры. Словесные приговоры и припевы придают смысл игровым действиям, реже словесный текст составляет простое пояснение ходу действия. Частью игры были и *считалки*. Считалка в простейшей форме — это счет. Счетом решали, кому водить. Счет в считалке условный, понятный только играющим. Считалку отличает четкий ритм, и всюду он выразителен.

Русский народный фольклор может находить широкое применение в логопедической практике для развития речи, моторной и эмоционально-волевой сфер. Очень часто его произведения сопровождают подвижные игры.

### Игры для развития мелкой моторики

#### • «Сорока-белобока»

Сорока-белобока

Дети указательным пальцем правой руки «мешают» кашу на левой ладони.

Печку топила,  
Кашу варила,

- На порог скакала,  
«Скачут» пальцами по столу.  
Гостей созывала.  
Сгибают и разгибают ладони,  
повернутые к себе.
- Гости не бывали,  
Отрицательно качают головой.  
Кашку не едали.  
Все своим деткам отдала:  
Вытягивают ладони вперед.  
Этому дала,  
Загибают поочередно пальцы,  
начиная с большого.
- Этому дала,  
Этому дала,  
Этому дала,  
А этому не дала.
- Правой рукой держат мизинец  
левой руки.
- Ты, малец-удалец,
- Соединяют большой палец с мизинцем.
- За водой не ходил,
- Соединяют большой палец с безымянным пальцем.
- Дров не пилил,
- Соединяют большой палец со средним пальцем.
- Кашу не варил!
- Соединяют большой палец с указательным.
- Шу-у-у! Прочь лети!  
Поднимают руки вверх.  
Нет тебе ничего.  
Грозят указательным пальцем  
правой руки.
- **«Братья»**
- Большаку дрова рубить,  
Дети перебирают по очереди  
пальцы, начиная с большого.
- А тебе воды носить,  
Загибают указательный палец.
- А тебе печь топить,  
Загибают средний палец.
- А малышке песни петь,  
Загибают безымянный палец.
- Песни петь да плясать,  
Загибают мизинец.
- Родных братьев потешать.
- **«Пальчик-мальчик»**
- Пальчик-мальчик,
- Дети ритмично сгибают и разгибают пальцы.
- Где ты был?  
— С этим братцем —
- Соединяют большие и указательные пальцы.
- В лес ходил.  
С этим братцем —
- Соединяют большие и средние  
пальцы.

Щи варили.

С этим братцем —

Соединяют большие и безымянные пальцы.

Кашу ел.

С этим братцем —

Соединяют мизинцы и большие пальцы.

Песни пел!

## Игры на развитие общей моторики, координации ритма и темпа движений и речи

### • «Мы проснулись»

Мы проснулись,

Дети изображают, что трут глаза.

Потянулись,

Потягиваются.

Вместе солнцу улыбнулись,

Ритмично хлопают.

Здравствуй, солнышко,

Скрещивают руки над головой.

Колоколышко!

Ритмично хлопают.

### • «Большие и маленькие ноги»

Большие ноги

Дети ходят на месте, высоко поднимая колени.

Шли по дороге:

Топ, топ, топ.

Топ, топ, топ.

Маленькие ножки

Бегают на месте в ритме по-тешки.

Бежали по дорожке:

Топ, топ, топ, топ, топ,

Топ, топ, топ, топ, топ!

### • «Сапожки»

Вот они, сапожки:

Дети ходят на месте.

Этот с левой ножки,

Выставляют левую ногу на пятку.

Этот с правой ножки.

Выставляют правую ногу на пятку.

Если дождичек пойдет,

Ритмично поднимают и опускают руки.

Наденем калошки;

Изображают, что надевают обувь.

Эта — с правой ножки,

Выставляют правую ногу на пятку.

Эта — с левой ножки.

Выставляют левую ногу на пятку.

Вот так хорошо.

Ритмично хлопают.

### • «Еду-еду к бабе, к деду»

Еду-еду к бабе, к деду

Дети ритмично хлопают.

На лошадке в красной шапке

Руки, сжатые в кулаки, держат перед собой и ритмично приседают.

По ровной дорожке

Прыгают на одной ноге.

На одной ножке

В старом лапоточке

Прягают с одной ноги на другую.

По рытвинам, по кочкам

Все прямо и прямо.

Прягают на двух ногах.

А потом вдруг...

В яму! Бух!

Приседают.

● «Ты, мороз»

Ты, мороз-мороз-мороз,

Дети ходят на месте.

Не показывай свой нос!

Ритмично хлопают.

Уходи скорей домой,

Двигают руками.

Стужу уводи с собой.

А мы саночки возьмем,

Приседают, вытягивают руки перед собой.

Мы на улицу пойдем,

Ходят на месте.

Сядем в саночки-самокаточки...

Приседают, вытягивают руки перед собой.

● «Зима»

— Зима, ты где была?

Дети ритмично хлопают.

— В мешке стужу несла,

Кладут руки на правое плечо.

На землю холод трясла,

Изображают, что трясут мешок.

Ручки-ножки познобила,

Дуют на руки.

В избы стужу напустила.

Вытягивают руки вперед, разводят их в стороны.

Все дороги замела

Опускают руки вниз, плавно покачивают ими.

И сугробы нагребла.

Поднимают руки через стороны вверх и соединяют их над головой.

● «За нашим амбаром»

За нашим амбаром

Дети ставят руки на пояс.

Стоит Мороз с барабаном,

Изображают, что бьют в барабан.

От стука да от трескотни

Попеременно ударяют кулаками друг о друга.

Хоть бей в ладоши и пляши.

Ритмично хлопают, руки на поясе, делают повороты влево-вправо.

● **«Уж ты, зимушка-зима»**

Уж ты, зимушка-зима,

Дети ритмично хлопают.

Ты с морозами пришла.

Ходят на месте.

Ветер воет, выюга вьет,

Поднимают руки вверх, плавно машут ими.

Вдоль по улице метет.

Опускают руки, плавно машут ими.

Белым снегом замело

Вытягивают руки вперед.

Все дороги на село,

Вытягивают руки в стороны.

Все дороги, все пути —

Поднимают руки вверх.

Ни проехать, ни пройти.

Машут руками вверх-вниз.

● **«Заинька»**

Заинька у елочки попрыгивает,

Дети прыгают.

Лапочкой об лапку поколачивает.

Ударяют ладонями друг о друга.

— Экие морозцы во лесочке стоят.

Потирают плечи.

Елочки от холода потрескивают.

Руки вдоль туловища, слегка отводят их в стороны.

Лапочки от холода совсем свело.

Ударяют ладонями друг о друга.

Вот кабы мне, заиньке, да в лапотках ходить.

Попеременно выставляют ноги вперед на пятку.

Жить бы мне да греться в избушечке своей.

Соединяют ладони над головой («крыша»).

Со своей хозяйкой да с сенькою.

Изображают, что повязывают платок на голову.

Пироги бы есть да все с капусткою.

Перекладывают из руки в руку воображаемые пирожки.

Пироги бы-то со сладкою морковкою.

На полатях бы мне зимушку полеживать.

Складывают ладони под щекой.

По морозу бы на саночках покатывать.

Приседают, вытягивают руки вперед.

## Подвижные игры с речью

### • «Дед Мороз»

По считалке выбирается Дед Мороз, который встает в центр нарисованного круга. Его окружают остальные участники игры. Они берутся за руки и, передвигаясь влево и вправо, приговаривают:

Дед Мороз, Дед Мороз,  
Через дуб перерос.  
Через дуб перерос,  
Прикатил подарков воз.  
Морозы трескучие,  
Снега сыпучие,  
Ветры завьюжные,  
Метели дружные.  
Холод-стужу напустил,  
На реке мост намостил.

После этих слов дети разбегаются, а Дед Мороз их ловит. До кого дотронется, тот считается «замороженным» — идет в круг и там стоит неподвижно. Другие играющие могут его «разморозить». Они бросают «замороженному» снежок, а тот, поймав его, должен попасть им в Деда Мороза, который старается увернуться. Играют до тех пор, пока в кругу не соберутся пять «замороженных» или любое оговоренное число участников.

### • «Метелица»

Играющие встают парами в круг. Игрошки в каждой паре, сце-

пившись кулаками под локоть, стоят друг к другу боком. Пары поочередно кружатся и говорят:

Метелица, метелица,  
Снег по полю стелется!  
Кто кружится, вертится —  
Тот заметелится!

Слова повторяются до тех пор, пока играющие кружатся.

### • «Матушка-весна»

Одна пара играющих берется за руки и поднимает их вверх, образуя «ворота». Остальные, взявшись за руки, цепочкой проходят через ворота и говорят:

Идет матушка-весна,  
Отворяй-ка ворота!  
Первый март пришел,  
Всех детей привел.  
А за ним и апрель  
Отворил окно и дверь.  
А уж как пришел май —  
Сколько хошь теперь гуляй!

Пройдя через ворота, дети делятся на две команды. Одна команда говорит другой:

Ходит матушка-весна  
По полям, лесам одна  
Первый раз прощается,  
Другой раз запрещается,  
А на третий раз  
Не пропустим вас!

После переклички команды меряются силой, перетягивая веревку или пачку.

### • «Весняночка»

По считалке выбирается девочка Весняночка. Вокруг нее дети идут парами в одну сторону и поют:

Ты заря ль моя, заря-зоренька,  
Заря вечерняя, игра весенняя!  
Вокруг солнца лучи ясные.  
Вокруг месяца звезды частые.  
Да у солнышка — лучи до земли.

А у весны — деньки красны!  
Весняночку зовут:  
Через быстрые реки белой лебедушкой переплыви!  
Через темные леса быстрой куницей перебеги!

Через высокие горы сизой голубкой перелети!

Игроки, идущие по кругу парами, выстраивают из двух рядов проход. В него входит Весняночка. С ней переговариваются:

— Весняночка-Весна, как ты к нам пришла?

— Шла я лесом — лютым зверем,

Брела полем — буйным ветром,

Плыла морем — рыбой-щукой,

Пришла к селу — черной тучей,

Вошла в село — частым дождем,

Зашла на подворье — красивым солнцем,

Поднялась на крыльце — светлым месяцем,  
Вступила в светлицу — ясной зарею,  
Села за стол — царицей молодою!

Весняночка с венком на голове бежит по кругу, а за ней все играющие. Кто первый осалит ее, тот получает венок.

### • «Солнышко»

По считалке выбирают водящего — Солнышко. Остальные дети встают в круг. Солнышко стоит в середине круга. Все говорят:

Гори, солнце, ярче!  
Лето будет жарче,  
А зима теплее,  
А весна милее!

На первые две строчки идут хороводом, на последующие две поворачиваются лицом к друг к другу. Делают поклон, затем подходят ближе к Солнышку. Оно говорит: «Горячо!» и догоняет детей. Догнав играющего, дотрагивается до него. Ребенок замирает и выбывает из игры.

## Литература

1. 1000 игр, скороговорок, загадок для развития речи малышей / Сост. Н.Т. Клименко. М.; СПб., 2008.
2. Аникин В.П. К мудрости ступенька. О русских песнях, сказках,

- пословицах, загадках, народном языке. М., 1982.
3. *Аникин В.П.* Русский фольклор. М., 1986.
  4. *Волкова Г.А.* Логопедическая ритмика: Учеб. пособие. М., 1985.
  5. *Гуськова А.А.* Развитие речедвигательной координации детей. М., 2014.
  6. *Новицкая М.Ю.* Народная детская поэзия (прибаутки, небылицы, считалки, детские игры). М., 1999.
  7. Подвижные и речевые игры для детей 5—7 лет / Авт.-сост. А.А. Гуськова. Волгоград, 2014.
  8. *Филичева Т.Б., Чиркина Г.В.* Устранение общего недоразвития речи у дошкольников: Практич. пособие. М., 2004.
  9. *Фомичева М.М.* Воспитание у детей правильного произношения. 3-е изд. М., 1980.
  10. *Чаморова Н.В., Шух М.А.* Подвижные игры и забавы. М.; Донецк, 2006.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

### РАБОТА С ДОШКОЛЬНИКАМИ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Обязательным этапом работы с дошкольниками с речевыми нарушениями по развитию предикативного словаря служит формирование умения использовать глаголы в высказываниях различной длины.

В этом нам помогут упражнения «Составь словосочетание», «Заверши предложение» (необходимо добавить пропущенный глагол: «Кролик (грызет) морковку. Кошка (лакает) молоко. Мама (пожарила) котлеты»); «Выбери нужное слово-действие» (Мама (варит / жарит / печет) котлеты. Петя (моет / купает / стирает) сапоги); «Придумай предложение» (даются слова: девочка — книга; ворона — гнездо); «Расскажи историю» (из опыта, по картинке, по серии картинок и т.д.).

Широко используют стихотворные тексты, небольшие рассказы, произведения устного народного творчества.

Учитель-дефектолог, учитель-логопед  
Л.А. Поликарпова

# Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

## Рекомендации родителям

**Конышева О.В.,**

учитель-логопед, дефектолог ГБОУ «Школа № 1394»,  
Москва

**Аннотация.** В статье рассматриваются причины появления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, даются рекомендации родителям детей с этим нарушением.

**Ключевые слова.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, двигательная расторможенность, компенсаторные возможности.

Сегодня одна из наиболее актуальных проблем в системе образования ряда стран — увеличение числа детей с диагнозом «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). Его еще называют гиперкинетическим синдромом, двигательной расторможенностью.

У детей с СДВГ наблюдаются трудности в планировании и организации сложных видов деятельности, слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность, неуверенность в себе и проблемы в коммуникации. Они не могут поддерживать определенную поведенческую реакцию на протяжении длительного времени.

Из-за непонимания со стороны окружающих у гиперактивного ребенка формируется агрессивная модель защитного поведения. СДВГ — одна из частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте.

Наиболее полное определение гиперактивности дает Г.Н. Монина: «Комплекс отклонений в развитии ребенка: невнимательность, отвлекаемость, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенная активность при нормальном уровне интеллектуального развития. Первые признаки гиперактивности, наблюдаются в возрасте до 7 лет. Причинами возникновения гиперактивности могут

быть органические поражения центральной нервной системы (нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы), генетические факторы, приводящие к дисфункции нейромедиаторных систем мозга и нарушениям регуляции активного внимания и тормозящего контроля» [5, с. 56].

По данным разных авторов, гиперактивное поведение встречается довольно часто: от 2 до 20% учащихся характеризуются чрезмерной подвижностью, рассторможенностью. Среди детей с расстройством поведения врачи выделяют особую группу — с незначительными функциональными нарушениями со стороны ЦНС. Эти дошкольники мало чем отличаются от здоровых, разве что повышенной активностью. Однако постепенно отклонения отдельных психических функций нарастают, что приводит к патологии — легкой дисфункции мозга, вызывающей СДВГ.

Главное не в том, что гиперактивный ребенок создает проблемы для окружающих, а в возможных последствиях этого заболевания для него самого. Следует подчеркнуть две особенности СДВГ. Во-первых, ярче всего этот синдром проявляется у детей 6—12 лет и, во-вторых, у мальчиков он встречается в 7—9 раз чаще, чем у девочек.

Помимо легкой дисфункции мозга и минимальной мозговой дисфункции, некоторые исследователи (Л.С. Алексеева, И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова, А.Д. Кошелева) считают причинами гиперактивного поведения еще и особенности темперамента, а также недостатки внутрисемейного воспитания. Интерес к данной проблеме не убывает, поскольку, если 8—10 лет назад детей с СДВГ в классе было 1—2 человека, то сейчас — до пяти и более.

Обращает на себя внимание и тот факт, что СДВГ уделяется большое внимание только при поступлении ребенка в школу, когда налицо школьная дезадаптация и неуспеваемость (И.П. Брязгунов, С.А. Голошейкин, Н.Н. Заваденко, Е.Б. Касатикова, В.Р. Кучма, А.Г. Платонова, О.М. Разумникова, Т.Ю. Успенская).

Изучение детей с указанным синдромом и развитие дефицитарных функций имеет большое значение для психолого-педагогической практики именно в дошкольном возрасте. Ранние диагностика и коррекция должны быть ориентированы на этот возраст (5 лет), когда компенсаторные возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений.

Прежде всего следует помнить, гиперактивность ребенка с СДВГ — не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно он не может. Поэтому проблему нельзя решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями или убеждением: наказания, замечания, окрики не приведут к улучшению поведения, а скорее ухудшат его.

*Рекомендации родителям ребенка с СДВГ:*

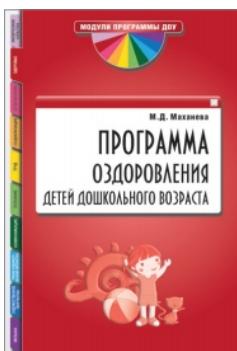
- проявляйте достаточно твердости и последовательности в воспитании;
- избегайте, с одной стороны, чрезмерной мягкости, а с другой — завышенных требований к ребенку;
- повторяйте свою просьбу одними и теми же словами много раз;
- выслушивайте то, что хочет сказать ребенок;
- для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию;
- уделяйте ребенку достаточно внимания;
- не допускайте ссор в присутствии ребенка;
- установите твердый распорядок дня для ребенка и всех членов семьи, учите его четко планировать свою деятельность;
- чаще показывайте ребенку, как лучше выполнить задание, не отвлекаясь;
- снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения ребенком задания;
- оградите его от длительных занятий на компьютере и просмотра телевизионных передач;
- избегайте по возможности больших скоплений людей;
- во время игр ограничивайте ребенка лишь одним партнером;
- избегайте беспокойных, шумных детей;
- помните, что переутомление способствует снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности (когда ребенок утомлен, не настаивайте на срочном выполнении дела, дайте ему возможность отдохнуть);
- придумайте гибкую систему вознаграждений за хорошо выполненное задание и наказаний за плохое поведение. Можно использовать балльную или знаковую систему, завести дневник самоконтроля;
- не прибегайте к физическому наказанию. Если есть необходимость в наказании, целесообразно использовать спокойное сидение в определенном месте после совершения проступка;

- чаще хвалите ребенка. Порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому гиперактивные дети не воспринимают выговоры и наказания, однако чувствительны к поощрениям;
- составьте список обязанностей ребенка и повесьте его на стену, подпишите соглашение на определенные виды работ. Постепенно расширяйте обязанности, предварительно обсудив их с ребенком;
- не давайте ему поручений, не соответствующих уровню его развития, возрасту и способностям;
- помогайте ребенку приступить к выполнению задания, так как это самый трудный этап;
- не давайте одновременно несколько указаний. Задание не должно иметь сложную конструкцию и состоять из нескольких звеньев;
- вербальные средства убеждения, призывы, беседы редко оказываются результативными, поскольку гиперактивный ребенок еще не готов к такой форме работы. Наиболее действенными будут средства убеждения «через тело»: лишение удовольствия, лакомства, привилегий, запрет на приятную деятельность, телефонные разговоры; прием «выключенного времени» (изоляция, угол, скамья штрафников, домашний арест, досрочное отправление в постель); холдинг, или простое удержание в «железных объятиях»; внеочередное дежурство по кухне и т.д.;
- давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить;
- поощряйте его за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, работа с кубиками, раскрашивание, чтение);
- давайте ему возможность расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе — длительные прогулки, бег, спортивные занятия;
- старайтесь не давать ребенку дополнительных умственных нагрузок, в начальных классах не рекомендуется посещение художественной, музыкальной школы, различных кружков, рекомендуется посещение спортивных секций, особенно гимнастики и плавания;
- поговорите с гиперактивным ребенком о его проблемах и научите с ними справляться.
- Помните о том, что гиперактивность, присущая детям с СДВГ, хоть и неизбежна, но может удерживаться под разумным контролем с помощью перечисленных мер.

## Литература

1. *Брязгунов И.П., Касатикова И.В.* Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. М., 2002.
2. *Брязгунов И.П., Кучма В.Р.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). М., 1994.
3. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: Учеб.
- пособие / Под ред. М. Пассольта. М., 2004.
4. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М., 2005.
5. *Монина Г.Н.* Работа с детьми, имеющими СДВГ. М., 1987.
6. Очерки психофизиологии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Моногр. / Отв. ред. А.В. Грибанов. Архангельск, 2009.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет информационные ширмочки с буклетом



### ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Автор — Маханеева М.Д.

В данном методическом пособии представлена программа оздоровления детей дошкольного возраста, раскрыты основные средства физического воспитания, динамика формирования интегративного качества личности ребенка «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками». В приложении представлен проект «С физкультурой дружить — здоровым быть».



### ОБУЧАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ ГИГИЕНЕ

Автор — Баринова Е.В.

В книге представлены сценарии занятий по правилам поведения в детском саду и в школе, личной гигиене. Это авторское пособие для работы с детьми дошкольного возраста. Помимо основных тем в нем отражены темы добра и зла, вежливости и доброты, речевого этикета, дружбы, семьи, безопасности жизнедеятельности.

Закажите в Интернет-магазине [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)

Распоряжение Правительства РФ  
от 31.08.2016 № 1839-р

**«Об утверждении Концепции  
развития ранней помощи  
в Российской Федерации  
на период до 2020 года»**

1. Утвердить прилагаемую Концепцию развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее — Концепция).

2. Минтруду России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти разработать и внести в 3-месячный срок в установленном порядке в Правительство Российской Федерации проект плана мероприятий по реализации Концепции.

3. Рекомендовать высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации руководствоваться положениями Концепции при разработке и организации реализации программ ранней помощи в субъектах Российской Федерации.

*Председатель Правительства  
Российской Федерации  
Д. Медведев*

**Концепция развития ранней помощи  
в Российской Федерации на период до 2020 года**

**1. Общие положения**

Необходимость развития ранней помощи в Российской Федерации обусловлена положениями Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о правах ребенка в части создания

**Актуально!**



комфортной и доброжелательной для жизни среды, обеспечения доступности и качества дошкольного образования для детей-инвалидов, детей с ограничениями жизнедеятельности, не имеющих статуса ребенка-инвалида, детей из групп риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также для детей, находящихся в социально опасном положении.

По данным Федеральной службы государственной статистики, за последние 5 лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составляет около 2 процентов детского населения. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются психические расстройства и расстройства поведения (22,8 процента), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (20,6 процента), болезни нервной системы (20 процентов).

Раннее начало комплексной помощи содействует максимально возможным достижениям в развитии ребенка, поддержанию его здоровья, а также успешной социализации и включению ребенка в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с Мини-

стерством образования и науки Российской Федерации, Министерством здравоохранения Российской Федерации, высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее — Фонд), экспертным сообществом осуществлена проработка вопроса о необходимости развития ранней помощи детям группы риска, детям-инвалидам, детям с генетическими нарушениями и сопровождения их семей. Также рассмотрены вопросы методического обеспечения работы в субъектах Российской Федерации по этому направлению. В ходе работы проанализирована информация, полученная из 76 субъектов Российской Федерации, о существующей в настоящее время в регионах практике оказания ранней помощи детям-инвалидам и детям группы риска.

В отдельных субъектах Российской Федерации (Республика Марий Эл, Новосибирская и Самарская области, г. Санкт-Петербург и др.) разработаны и внедрены региональные модели и региональные межведомственные программы раннего вмешательства, ранней помощи детям с нарушениями в развитии и детям-инвалидам.

В 2009—2015 годах в 29 субъектах Российской Федерации реализованы программы Фонда «Раннее вмешательство» и «Право быть равным», предусматривающие оказание ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, детям-инвалидам и семьям, их воспитывающим, еще в 45 регионах ведется работа по раннему выявлению и профилактике инвалидности у детей на основе межведомственного взаимодействия, механизм которого определяется с учетом выбора координирующего ведомства.

Подходы к оказанию ранней помощи в регионах различны, и в части случаев соответствующие услуги оказываются в недостаточном объеме (на курсовой основе, 14—21 день в год) для коррекции нарушений в развитии ребенка, при этом не соблюдаются принципы непрерывности и семейной ориентированности ранней помощи.

Целевой группой для оказания ранней помощи являются семьи с детьми в возрасте от 0 до 3 лет, у которых имеются отставание в физическом или умственном развитии, нарушения здоровья, с высокой вероятностью приводящие к задержкам развития.

Можно выделить 3 основных типа организации системы ранней помощи:

— сеть типовых служб ранней помощи, как правило, на базе учреждений одной ведомственной принадлежности, обеспечивающих максимальный охват семей с детьми целевой группы в местах их непосредственного проживания, с одновременным определением (созданием) единого регионального информационно-методического (ресурсного) центра (республики Марий Эл, Татарстан, Алтайский край, Новосибирская, Самарская, Тамбовская, Тюменская области и др.). Эффективность межведомственного взаимодействия при этом обеспечивают специально разработанные порядки взаимодействия органов исполнительной власти и учреждений разной ведомственной принадлежности;

— система ранней помощи, в которой центральное место занимает одно учреждение, обеспечивающее оказание услуг ранней помощи в разных сферах (образование, медицина, социальная сфера), являющееся координатором указанной работы и обеспечивающее максимальный объем практической и методической деятельности (Республика Саха (Якутия), Красноярский край, Астраханская, Архангельская, Вологодская, Калужская, Курская области). При этом другие организации-участники осуществляют разработку и реа-

лизацию отдельных технологий оказания ранней помощи;

— организация ранней помощи, при которой открытие служб ранней помощи и внедрение новых технологий в основном сосредоточено на базе 3—4 организаций, в том числе медицинских организаций, организаций образования и организаций социального обслуживания населения (Забайкальский и Камчатский края, Калининградская и Курганская области, Еврейская автономная область).

Таким образом, из анализа представленной субъектами Российской Федерации информации следует, что до настоящего времени отсутствуют единые подходы, нормы и стандарты организации предоставления услуг ранней помощи и координации деятельности различных ведомств при ее организации.

Это обусловлено особенностями социально-демографической ситуации, социально-экономическими условиями, наличием ресурсной базы, другими региональными факторами и затрудняет создание равных условий для оказания услуг ранней помощи детям и их семьям, проживающим в различных регионах.

При подготовке настоящей Концепции приняты во внимание имеющийся опыт регионов в этой области, научные и методические

разработки, различные программы раннего выявления и ранней комплексной коррекции нарушений в развитии, опыт служб ранней помощи и сопровождения, международный опыт (во многих странах мира все большее распространение получают службы раннего вмешательства, по существу являющиеся аналогом службы ранней помощи).

В ходе реализации настоящей Концепции планируется использовать накопленный опыт оказания ранней помощи в качестве значимого ресурса для тех регионов, которые только начинают внедрять региональные программы ранней помощи.

Актуальной является разработка единого подхода к формированию ранней помощи и сопровождению нуждающихся в ней детей и их семей, а также к определению механизма межведомственного взаимодействия по этим вопросам на федеральном и региональном уровнях.

На федеральном уровне вопросы межведомственного взаимодействия планируется решать путем внесения изменений в законодательство Российской Федерации.

На региональном уровне решение задачи по организации сопровождения детей и их семей в ходе реализации программ ранней помощи должно обеспечиваться

на основе координации взаимодействия организаций различной ведомственной принадлежности, нормативного определения их функционала по работе с семьей, а также активного вовлечения в этот процесс негосударственных организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций.

Также предлагается обеспечить скоординированность услуг, направленных на развитие всех сторон жизни ребенка, используя междисциплинарный подход в организации эффективного межведомственного взаимодействия.

Для организации адаптации и включения в жизнь общества детей целевой группы в возрасте после 3 лет, которые не могут быть включены в полном объеме в систему получения образовательных услуг (в соответствии с заключением психолого-медицинско-педагогической комиссии), предлагается предусмотреть возможность продолжения оказания услуг ранней помощи в необходимом объеме до 7–8-летнего возраста.

Кроме того, Министерством здравоохранения Российской Федерации разработан проект концепции оказания ранней помощи детям с генетическими нарушениями, направленной на раннее выявление, повышение доступности и качества оказания необходимой

специализированной медицинской помощи детям с генетическими заболеваниями, в том числе в перинатальный период.

Выявление детей с врожденными и наследственными заболеваниями, оказание им медицинской помощи, оказание психологической и социальной помощи их родителям на первоначальном этапе целесообразно реализовывать в медицинских организациях, где происходит выявление генетических нарушений в перинатальном или постнатальном периоде.

В дальнейшем включение детей с генетическими нарушениями и их семей в региональные программы ранней помощи наравне с детьми других категорий должно осуществляться на общих основаниях, при этом дети с генетическими нарушениями и их семьи включены в предусмотренную настоящей Концепцией целевую группу получателей услуг ранней помощи.

Реализацию мероприятий настоящей Концепции, ее финансовое обеспечение, проведение работ по подготовке методических материалов, проектов типовых документов, моделей межведомственного взаимодействия при организации ранней помощи и сопровождения, а также анализ и внедрение уже имеющихся методических мате-

риалов в этой сфере планируется осуществлять в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы».

Для целей настоящей Концепции используются следующие основные понятия:

— «дети целевой группы» — дети от 0 до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, а также дети группы риска;

— «дети группы риска» — дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности, в том числе дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и дети из семей, находящихся в социально опасном положении;

— «кранная помощь» — комплекс медицинских, социальных

и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей). При наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и (или) значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к тому, что ребенок не может быть в полном объеме включен в систему получения образовательных услуг, возможно продолжение оказания таких услуг до достижения ребенком возраста 7—8 лет;

— «программа ранней помощи» — программа, направленная на обеспечение реализации в регионе комплекса услуг ранней помощи на основе межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, медицинских организаций, организаций социального обслуживания, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, включая негосударственные ор-

ганизации, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации;

— «индивидуальная программа ранней помощи» — программа, в которую включены объем, сроки, порядок и содержание услуг, предоставляемых конкретному ребенку и семье по программе ранней помощи. Индивидуальная программа ранней помощи формируется междисциплинарной командой специалистов в соответствии с примерным перечнем услуг ранней помощи согласно приложению на основе межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, включая негосударственные организации, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации;

— «междисциплинарная команда специалистов» — группа специалистов, работающих в организации, предоставляющей услуги ранней помощи, и участвующих в разработке и реализации индивидуальной программы ранней помощи. Все решения принимаются ими совместно по итогам обсуждения, при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

Предполагается, что в междисциплинарную команду могут входить специалист в сфере ранней помощи, врачи различных специальностей, психолог, специалист по социальной работе и другие специалисты. В связи с этим федеральным органам исполнительной власти (в пределах компетенции) и органам государственной власти субъектов Российской Федерации необходимо проработать вопросы об обеспечении специалистов новыми компетенциями при их подготовке и переподготовке, а также при необходимости о внесении изменений в соответствующие образовательные стандарты;

— «специалист в сфере ранней помощи» — специалист, имеющий высшее образование в области дошкольной или специальной педагогики или психологии детей раннего возраста, а также дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации «Ранняя помощь».

## **2. Цель, задачи и приоритетные направления развития ранней помощи в Российской Федерации**

Целью настоящей Концепции является разработка основных принципов и положений для создания условий предоставления услуг ранней помощи на межве-

домственной основе, обеспечивающих раннее выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, оптимальное развитие и адаптацию детей, интеграцию семьи и ребенка в общество, профилактику или снижение выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепление физического и психического здоровья, повышение доступности образования для детей целевой группы.

Достижение заявленной цели связано с решением следующих задач:

- разработка нормативно-правовой и методической базы по организации ранней помощи с учетом лучшего отечественного и зарубежного опыта;
- переход от частных моделей организации ранней помощи в отдельных регионах к созданию единой системы ранней помощи с учетом региональных особенностей;
- формирование условий для развития программ ранней помощи в субъектах Российской Федерации.

Приоритетными направлениями деятельности по решению указанных задач являются:

- создание правовых основ ранней помощи;
- методическое обеспечение создания и функционирования программ ранней помощи;

- совершенствование механизмов своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, и определение критериев их включения в программу ранней помощи;

- обеспечение своевременного начала оказания ранней помощи детям целевой группы;
- обеспечение территориальной и финансовой доступности ранней помощи для детей целевой группы и их семей;

- обеспечение доступности для детей целевой группы и их семей полного спектра необходимых услуг ранней помощи;

- обеспечение подготовки квалифицированных специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи с учетом современных технологий в рамках междисциплинарной команды специалистов;

- обеспечение постоянного повышения уровня квалификации специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи;

- обеспечение управления качеством услуг ранней помощи и создания критериев оценки эффективности оказанных услуг;

- создание информационной региональной базы детей, включенных в программу ранней помощи;

- организация мониторинга оказания ранней помощи детям целевой группы и их семьям.

Создание правовых основ ранней помощи предусматривает:

— определение и актуализацию перечня услуг программы ранней помощи исходя из базовых (отраслевых) перечней государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, и при необходимости формирование новых услуг ранней помощи, в том числе оказываемых междисциплинарной командой специалистов;

— разработку порядка взаимодействия центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, организаций социального обслуживания, медицинских организаций, государственных учреждений медико-социальной экспертизы, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в целях обеспечения детей целевой группы полным комплексом необходимых услуг;

— разработку показателей официальной статистической отчетности, характеризующих уровень развития ранней помощи в Российской Федерации.

Формирование методической базы программ ранней помощи предусматривает:

— разработку методических рекомендаций по созданию программ ранней помощи;

— разработку стандартизованных методик оценки нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности детей в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;

— разработку методических рекомендаций по проведению оценки нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности детей, психического и физического здоровья, составлению и реализации индивидуальных программ ранней помощи, оценке их эффективности.

Совершенствование механизмов своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, предусматривает:

— внедрение новых методов неонатального и селективного скрининга, направленного на расширение спектра выявляемых наследственных болезней обмена веществ, для которых разработано специфическое лечение;

— внедрение методик раннего выявления детей с расстройствами аутистического спектра;

— совершенствование методик раннего выявления детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с нарушениями функций зрения, речи, ориентации, с задержкой психического развития и различных

форм умственного развития, а также с нарушениями взаимодействия и общения, подвижности, игры, самообслуживания;

— развитие консультационных услуг семьям в организациях, предоставляющих психолого-педагогические услуги ранней помощи;

— информирование населения о ранних признаках отставания ребенка в развитии, а также о возможностях обращения в медицинские организации и организациях, осуществляющие образовательную деятельность, для диагностирования состояния развития ребенка;

— совершенствование механизма выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, в медицинских организациях, центрах социального обслуживания населения, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, предоставляющих услуги по присмотру и уходу за детьми в возрасте до 3 лет, центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медицинско-педагогических комиссиях, дошкольных образовательных организациях.

Создание условий для своевременного начала оказания ранней помощи предусматривает:

— подготовку методических рекомендаций для специалистов медицинских организаций по выявлению и своевременному направлению детей, нуждающихся в услугах ранней помощи, для получения таких услуг;

— подготовку методических рекомендаций для работников центров социального обслуживания населения по информированию родителей и других ухаживающих за ребенком взрослых об услугах ранней помощи;

— подготовку методических рекомендаций по выявлению нуждаемости в услугах ранней помощи для организаций, осуществляющих образовательную деятельность, центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, а также для организаций различной ведомственной принадлежности, предоставляющих услуги по присмотру и уходу за детьми в возрасте до 3 лет;

— определение критериев нуждаемости в услугах ранней помощи детей и их семей для включения их в число получателей услуг ранней помощи;

— разработку механизмов включения в число получателей услуг ранней помощи детей целевой группы и их семей

для медицинских организаций, организаций медико-социальной экспертизы, социального обслуживания и организаций, осуществляющих образовательную деятельность, а также для родителей (законных представителей) ребенка;

— разработку ключевых индикаторов качества оказания ранней помощи и статистических показателей ее эффективности, характеризующих распределение по возрасту детей, для которых впервые составлена индивидуальная программа ранней помощи, а также по времени от момента выявления у ребенка потребности в ранней помощи и момента обращения родителей в соответствующую организацию до составления индивидуальной программы ранней помощи и осуществления сопровождения ребенка и семьи.

Создание условий для обеспечения доступности ранней помощи предусматривает:

— формирование программ ранней помощи с учетом региональных условий (социально-экономических, климатических, географических, численности населения, наличия инфраструктуры и средств коммуникации, обеспеченности помещениями и специалистами);

— планирование программ ранней помощи с использовани-

ем различных форм работы представителей междисциплинарной команды специалистов с ребенком и семьей (очных и дистанционных, с обеспечением очных контактов семьи со специалистами, в том числе в месте проживания или дневного пребывания ребенка);

— обеспечение возможности получения услуг ранней помощи в необходимом объеме;

— обеспечение бесплатного предоставления услуг ранней помощи с учетом примерного перечня таких услуг, предусмотренного приложением к настоящей Концепции.

Создание условий для обеспечения полноты спектра необходимых услуг ранней помощи предусматривает:

— формирование перечня услуг ранней помощи исходя из необходимости обеспечения комплексных потребностей ребенка и семьи с учетом базовых (отраслевых) перечней государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) в сфере здравоохранения, социальной защиты и образования, с использованием лучшего отечественного и зарубежного опыта и рекомендаций экспертов, в том числе посредством выявления детей целевой группы на основе проведения скринингов, профилактических медицинских осмотров, включе-

ния ребенка и семьи в программу ранней помощи, предоставления информации о доступных услугах ранней помощи с учетом разработанных критерии включения в программу ранней помощи, координации и содействия в получении услуг ранней помощи, необходимых ребенку и семье, информирования об имеющихся в регионе соответствующих ресурсах, оценки развития ребенка и факторов, влияющих на его развитие в различных сферах, разработки индивидуальной программы ранней помощи на основании результатов указанной оценки, реализации индивидуальной программы ранней помощи, содействующей удовлетворению потребностей ребенка в различных областях, подбора и индивидуальной настройки коммуникативных устройств (слуховых аппаратов, средств оптической коррекции зрения, синтезаторов речи и др.), реабилитационного оборудования для детей с двигательными нарушениями (с ограничениями способностей к удержанию равновесия, передвижения и действий с предметами);

— социальную поддержку семьи, предоставление услуг временного краткосрочного пребывания ребенка вне дома с сопровождением и помощи в уходе за ребенком в домашних условиях

в целях профилактики нежелательного обращения с ребенком, отказа от ребенка и его помещения в стационарное учреждение;

— определение организаций и специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи на региональном и муниципальном уровнях.

Создание условий для обеспечения подготовки специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи, предусматривает:

— решение вопроса о необходимости разработки отдельного профессионального стандарта специалиста в сфере ранней помощи;

— определение необходимых компетенций по вопросам оказания ранней помощи, которые должны быть сформированы у специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи;

— включение в образовательные программы подготовки, программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (психологов, дефектологов, логопедов, педиатров, неврологов, психиатров, социальных педагогов) разделов по вопросам ранней помощи;

— организацию дополнительного профессионального образования специалистов, обе-

спечивающих предоставление услуг ранней помощи;

— содействие развитию профессионального сообщества в сфере ранней помощи;

— содействие организации проведения научно-практических конференций по проблемам ранней помощи;

— проведение научных исследований по вопросам ранней помощи.

Создание условий для обеспечения управления качеством услуг ранней помощи и определения критериев оценки эффективности указанных услуг предусматривает:

— разработку и внедрение стандартов оказания услуг ранней помощи детям целевой группы и их семьям;

— внедрение систем мониторинга и оценки эффективности, позволяющих управлять качеством услуг ранней помощи;

— разработку критериев эффективности услуг ранней помощи и критериев завершения индивидуальной программы ранней помощи, выхода из программы ранней помощи.

Развитие ранней помощи в регионах с учетом настоящей Концепции предусматривает:

— исключающую дублирование функций организацию межведомственного взаимодействия, а также взаимодействия

с профессиональными сообществами, социально ориентированными некоммерческими организациями и иными общественными организациями;

— управление программой ранней помощи, обеспечивающее ее устойчивость, развитие, высокое качество, методологическую и организационную целостность;

— доступность программы ранней помощи (территориальную, финансовую);

— открытость и прозрачность программы ранней помощи;

— эффективность программы ранней помощи с предоставлением необходимых услуг в режиме сопровождения ребенка и семьи;

— приоритет оказания услуг ранней помощи в естественных для ребенка ситуациях — по месту проживания ребенка (в том числе в организации (учреждении) проживания и воспитания), а также в других местах регулярного пребывания ребенка и семьи;

— обеспечение преемственности в реализации программ ранней помощи (в части сопровождения конкретного ребенка и семьи).

### **3. Реализация программ ранней помощи**

В целях обеспечения практической реализации программ ранней помощи органам государ-

ственной власти субъектов Российской Федерации необходимо обеспечить:

— развитие программно-целевого подхода к формированию и осуществлению программ ранней помощи с учетом возможности софинансирования таких программ в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы и программ Фонда;

— повышение роли органов местного самоуправления, общественных объединений и экспертов в формировании и реализации программ ранней помощи;

— разработку в рамках законодательства субъектов Российской Федерации нормативно-правового регулирования межведомственного взаимодействия в процессе формирования и реализации программ ранней помощи;

— определение основного (координирующего) органа, ведомств и организаций (их структурных подразделений) в сферах здравоохранения, социальной защиты и образования, на базе которых будет осуществляться оказание услуг ранней помощи;

— разработку комплекса мер, направленных на развитие кадрового потенциала программ ранней помощи, организацию дополнительного профессио-

нального образования и методической поддержки специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи, на основе современных подходов;

— привлечение внебюджетных источников финансирования программ ранней помощи;

— разработку с учетом настоящей Концепции региональных поэтапных планов формирования программ ранней помощи, определение направлений, мероприятий и механизмов реализации указанных планов, в том числе обеспечивающих включение в программы ранней помощи детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также методологической и методической базы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

#### **4. Механизмы и ресурсы реализации настоящей Концепции**

Формирование и реализацию программ ранней помощи предполагается осуществлять посредством:

— нормативно-правового обеспечения, включая совершенствование законодательства Российской Федерации, в том числе в сферах социальной защиты инвалидов и образования;

- создания модели межведомственного взаимодействия, разработки и внедрения в практику типовых правил организации межведомственного взаимодействия организаций, участвующих в программе ранней помощи;
  - учета задач по созданию программ ранней помощи при определении объема финансирования государственных программ Российской Федерации, формировании бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов;
  - совершенствования системы статистических показателей, характеризующих развитие ранней помощи детям целевой группы и эффективность мероприятий программ ранней помощи;
  - учета в деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации функций по формированию соответствующей системы управления и кадрового обеспечения, включая организацию дополнительного профессионального образования специалистов в сфере ранней помощи;
  - методологического и методического обеспечения программ ранней помощи на федеральном уровне с целью создания одинаковых возможностей получения ранней помощи на всей территории Российской Федерации с учетом региональных особенностей;
  - информационного обеспечения, включая осуществление мониторинга и прогнозирования хода, оценки эффективности реализации программ ранней помощи, развития дистанционных форм межведомственного взаимодействия по этому вопросу;
  - научно-методического обеспечения программ ранней помощи, ориентированного на разработку эффективных технологий и механизмов, научных исследований в сфере реабилитации и абилитации детей целевой группы, распространение инновационного опыта работы, обобщение и внедрение лучших моделей с учетом национально-культурных особенностей и традиций регионов;
  - рекламно-информационной поддержки программ ранней помощи.
- Ресурсами реализации программ ранней помощи являются развитая и доступная инфраструктура организаций, оказывающих раннюю помощь, а также материально-техническое, кадровое и финансовое обеспечение реализации мероприятий настоящей Концепции.
- ## 5. Этапы реализации настоящей Концепции
- Реализация настоящей Концепции будет осуществляться в соответствии с планом реализации государственной программы

Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы в 3 этапа, включающие в себя комплексы мероприятий, направленных на формирование и реализацию программ ранней помощи в рамках создания системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Услуги ранней помощи детям целевой группы будут оказываться в том числе в рамках реализуемых Фондом программ «Раннее вмешательство» и «Право быть равным».

На первом этапе реализации настоящей Концепции (2016 и 2017 годы) предлагается:

- сформировать систему нормативных правовых актов, регламентирующих межведомственное взаимодействие в процессе формирования и реализации программ ранней помощи;
- разработать (актуализировать) стандарты оказания услуг в сфере ранней помощи детям целевой группы и их семьям;
- разработать модели межведомственного взаимодействия в рамках программ ранней помощи, учитывающие необходимость преемственности в работе с детьми целевой группы и их сопровождении\*;
- разработать типовую программу создания (развития) и реализации программы ранней по-

мощи для субъекта Российской Федерации;

— разработать необходимые образовательные стандарты для обеспечения подготовки специалистов в сфере ранней помощи;

— разработать рекомендации по методологическому, методическому и финансовому обеспечению предоставления услуг ранней помощи, в том числе в рамках реализации программ «Раннее вмешательство» и «Право быть равным».

При создании федерального центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы предполагается предусмотреть в его структуре подразделение, обеспечивающее методологическую и методическую помощь регионам в формировании и реализации программ ранней помощи.

На втором этапе реализации настоящей Концепции (2018 год) предлагается:

- провести апробацию стандартов оказания услуг в сфере ранней помощи детям целевой группы и их семьям и типовых решений в рамках проведения pilotных проектов в 2 регионах в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—

\* Так в документе (ред.).

2020 годы для отработки системных подходов к формированию программ ранней помощи;

— по итогам реализации указанных проектов подготовить предложения по внесению необходимых изменений в законодательство Российской Федерации и субъектов Российской Федерации;

— оказывать методическую и информационную поддержку регионам, которые реализуют программы ранней помощи (или аналогичные им).

На третьем этапе реализации настоящей Концепции (2019 и 2020 годы) планируется оказывать поддержку субъектам Российской Федерации в формировании программ ранней помощи при создании системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы.

Для обеспечения единых подходов к реализации программ ранней помощи необходимо организовать обучение (дополнительное профессиональное образование, проведение конференций и семинаров) специалистов, оказывающих услуги ранней помощи детям целевой группы.

Объемы и источники финансирования реализации основных

мероприятий настоящей Концепции на каждый год будут определяться в федеральном бюджете на очередной финансовый год в пределах ассигнований, выделяемых на выполнение мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011—2020 годы, программ Министерства образования и науки Российской Федерации в части мероприятий в сфере ранней помощи, а также государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в части оказания медицинской помощи детям с генетическими нарушениями.

## 6. Ожидаемые результаты реализации настоящей Концепции

Эффективность и степень достижения ожидаемых результатов будут оцениваться на основе мониторинга реализации мероприятий по развитию ранней помощи.

Предполагается, что в результате полномасштабной реализации настоящей Концепции снизится численность детей целевой группы, оставшихся без попечения родителей и находящихся в стационарных организациях, а также увеличится доля детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, по-

лучающих инклюзивное образование по интегрированным образовательным программам.

Кроме того, в последующем предполагается ввести качественные критерии оценки эффективности услуг ранней помощи, разработанные в ходе мониторинга развития ранней помощи в регионах.

В соответствии с поставленными в настоящей Концепции задачами будут введены целевые индикаторы эффективности реализации мероприятий по развитию ранней помощи, такие как:

— доля детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи, в общем количестве детей, нуждающихся в получении таких услуг;

— повышение удовлетворенности семей, включенных в программы ранней помощи, качеством услуг ранней помощи.

Итогом реализации настоящей Концепции станет сформированная к 2020 году система мер, направленных на создание во всех субъектах Российской Федерации условий для оказания услуг ранней помощи детям целевой группы.

## Приложение к Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года

### Примерный перечень услуг ранней помощи

Наименование услуги		Описание услуги	Примечание
1	2	3	4
I. Услуги на этапе выявления ребенка, нуждающегося в ранней помощи, и включения в программу ранней помощи			
1	Выявление детей целевой группы	Осуществляется медицинскими организациями (включая учреждения родовспоможения), организациями, осуществляющими образовательную деятельность (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медицинско-педагогические комиссии), организациями системы социальной защиты (социальные службы, организации по защите ребенка), службами опеки и попечительства	В соответствии с базовыми (отраслевыми) перечнями государственных (муниципальных) услуг и работ в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты

## Продолжение

1	2	3	4
2	Информирование о ребенке организаций или служб, отвечающих за представление ранней помощи ребенку и его семье	Осуществляется медицинскими организациями (включая организации родовспоможения), организациями, осуществляющими образовательную деятельность (дошкольные образовательные организации, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, психолого-медико-педагогические комиссии), организациями системы социальной защиты (социальные службы, организации по защите ребенка), в том числе по обращению родителей (законных представителей)	<p>Предлагается рассматривать как новую услугу. Предусматривается наличие организаций, предоставляющих услуги ранней помощи, разработка протоколов включения в программу ранней помощи.</p> <p>Для организации этой работы предлагается разработать критерии включения в программу ранней помощи, разработать механизмы администрирования региональной программы ранней помощи и создание региональной базы данных.</p> <p>Предлагается разработать информационно-методические материалы, содержащие информацию по выявлению признаков отставания в развитии детей от 0 до 3 лет (оценочные шкалы, критерии признаков отставания в развитии и др.)</p>
II. Услуги на этапе вхождения ребенка и семьи в целевую группу получателей ранней помощи			
3	Установление нуж-	Выявление факторов, определяющих необходимость услуг ранней	Предлагается рассматривать как

## Продолжение

1	2	3	4
	даемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи, информирование родителей (законных представителей) о программе ранней помощи и других региональных ресурсах в этой сфере	помощи. После выявления факторов, определяющих необходимость услуг ранней помощи, специалист-координатор является ответственным за информирование семьи о получении возможных услуг ранней помощи и направлении семьи на первичный прием к специалистам в сфере ранней помощи, а также о других возможностях помощи в регионе по конкретному случаю. На этом этапе для каждой семьи назначается ведущий специалист (куратор случая) для дальнейшей координации получения семьей услуг ранней помощи	новую услугу
4	Обследование (оценка) развития ребенка и среды (семьи) для последующего составления индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи	Ведущий специалист совместно с междисциплинарной командой специалистов и семьей составляет план обследования ребенка. Углубленная оценка жизнедеятельности ребенка в контексте имеющихся нарушений и факторов окружающей среды проводится междисциплинарной командой специалистов при условии письменного согласия родителей (законных представителей). Рекомендуемый состав экспертов утверждается нормативным актом. Выявление потребностей, ресурсов и приоритетов семьи, негативных факторов, влияющих на развитие ребенка, а также необходимых, по мнению семьи, запросов. Наличие таких нарушений, как генетические синдромы или аномалии, врожденные инфекции, неврологические заболевания, фетальный алкогольный синдром	Результатом оценки является заключение, включающее медицинский диагноз и психолого-педагогическое заключение. Для организации этой работы предлагается разработать критерии включения в программу ранней помощи. Также для последующей оценки проведенной работы предлагается разработать критерии эффективности полученных услуг и критерии завершения индивидуального плана

## Продолжение

1	2	3	4
		<p>и иные инвалидизирующие факторы, является показанием для включения ребенка в программу ранней помощи.</p> <p>По итогам оценки при участии родителей составляется индивидуальная программа ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи</p>	<p>ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи, выхода из программы ранней помощи.</p> <p>Перечень состояний и нарушений, при которых ребенок всегда включается в программу ранней помощи, также предлагается утвердить нормативным правовым актом</p>
5	Разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи	Индивидуальная программа ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи, разработанная на основе углубленной оценки функционирования ребенка и семьи, является основой взаимодействия специалистов и семьи и позволяет планировать и финансировать услуги. Основополагающим принципом формирования этой программы является семейная ориентированность. Программа содержит данные о потребностях ребенка и семьи, включая информацию об уровне развития ребенка в различных областях. В ней также указаны конкретные мероприятия, необходимые для удовлетворения выявленных потребностей, а также данные о сотрудниках, принимающих участие в реализации программы. Разработка индивидуальной программы организуется ведущим специалистом (куратором случая) и разрабатывается совместно междисциплинарной командой специалистов на основе	Предлагается для организации этой работы подготовить и утвердить методики разработки индивидуальной программы ранней помощи, привлечения к исполнению плана необходимых специалистов и ресурсов

## Продолжение

1	2	3	4
		<p>полученных заключений. Компетенция ведущего специалиста (куратора случая) должна максимально соответствовать потребностям ребенка и семьи.</p> <p>По согласованию с семьей определяются места проведения мероприятий (встречи в учреждении и (или) визиты домой), частота и длительность встреч, виды и методы работы, предполагаемая длительность программы, утверждаются процедуры, критерии и периодичность оценки достигнутых результатов</p>	
III. Услуги на этапе реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи			
6	Координация и сопровождение реализации индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи	Ведущий специалист (куратор случая) организует членов междисциплинарной команды специалистов для разработки индивидуальной программы ранней помощи, отвечает за ее оформление, координирует предоставление семье услуг в рамках этой программы и взаимодействие специалистов во время ее реализации, контролирует своевременность проведения оценки эффективности индивидуальной программы и ее пересмотр, организует и сопровождает мероприятия по переходу ребенка из программы ранней помощи в другие программы сопровождения семьи и другое	Предлагается разработать стандарт услуги и порядок ее оказания
7	Консультирование и обучение членов семьи	Консультирование семьи по вопросам ранней помощи, возможностям и перспективам организации жизни семьи, имеющей ребенка с особенностями развития. Обучение (тренинги) членов семьи навыкам ухода, коммуникации,	Предлагается разработать методические материалы, стандарты и программы обучения родителей и членов семьи,

## Продолжение

1	2	3	4
		<p>обучения и воспитания ребенка исходя из особенностей его развития.</p> <p>Обучение и консультирование родителей и членов семьи по развитию, формированию психического здоровья и адаптации ребенка</p>	а также программы подготовки специалистов по работе с семьей в рамках программы ранней помощи
8	Социаль-но-психологические услуги. Психологическая помощь ребенку и семье	<p>Социально-психологическое консультирование по вопросам внутрисемейных отношений, представлений, взаимодействия и отношений родителей и членов семьи между собой и с ребенком. Оценка психического функционирования и здоровья ребенка.</p> <p>Поддержка взаимодействия и формирования адаптивных отношений ребенка и родителей (близких взрослых).</p> <p>Проведение игровой психотерапии эмоционально-поведенческих расстройств у ребенка</p>	Предлагается дополнительно проработать вопрос о подготовке психологов по этому направлению
9	Формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка	<p>Поддержка приобретения ребенком навыков, необходимых для игры и других видов деятельности в повседневной жизни, в том числе с использованием вспомогательных устройств и приспособлений, включая содействие формированию навыков самостоятельного приема пищи и питья, других навыков самообслуживания.</p> <p>Создание среды, которая соответствует потребностям ребенка.</p> <p>Оценка деятельности ребенка в домашней и семейной среде.</p> <p>Индивидуальные и семейные консультации и акции, направленные на развитие социальных навыков.</p> <p>Обучение и консультирование</p>	Предлагается рассматривать как новую услугу

## Продолжение

1	2	3	4
		членов семьи по вопросам поддержки деятельности ребенка в различных ситуациях	
10	Формирование и развитие речи, навыков общения ребенка	Выявление, направление и представление услуг по развитию навыков общения ребенка, включая устную речь, дополнительную и альтернативную коммуникацию. Обучение и консультирование членов семьи по вопросам поддержки развития речи и навыков общения у ребенка	Предлагается рассматривать как новую услугу
11	Развитие двигательной активности	Оценка моторного развития ребенка и формирование и (или) развитие двигательных навыков у ребенка. Консультирование и обучение членов семьи по вопросам моторного развития ребенка	Предлагается рассматривать как новую услугу. Предлагается проработать вопрос о подготовке и компетенциях специалиста по двигательной активности, необходимости методического обеспечения его работы в рамках программы ранней помощи
12	Использование вспомогательных технологий и оборудования	Рекомендации по подбору и помощь в обеспечении специальным оборудованием и материалами, в том числе адаптивными вспомогательными устройствами для специального использования детьми с задержками развития или инвалидностью. Обучение и консультирование членов семьи по вопросам использования вспомогательных технологий	Предлагается рассматривать как новую услугу. Предлагается проработать вопрос о подготовке и компетенциях специалиста по вспомогательным технологиям и оборудованию

## Продолжение

1	2	3	4
13	Поддержка развития детей с нарушениями слуха	Тестирование слуха ребенка, направление на слухопротезирование и получение смежных услуг. Сурдопедагогическая и сурдолингвистическая дефектологическая помощь ребенку. Обучение и консультирование членов семьи по развитию ребенка и общению с ребенком с нарушением слуха	Предлагается проработать вопрос о подготовке и компетенциях специалиста по поддержке развития детей с нарушениями слуха
14	Поддержка развития детей с нарушениями зрения	Оценка зрения, направление на другие услуги, необходимые для развития зрительных функций, общения, ориентации, мобильности и др. Тифлопедагогическая помощь ребенку. Обучение и консультирование членов семьи по развитию ребенка и общению с ребенком с нарушением зрения	Предлагается проработать вопрос о подготовке и компетенциях специалиста по поддержке развития детей с нарушениями зрения
15	Поддержка развития ребенка	Поддержка развития ребенка по основным областям (физическое развитие, включая развитие двигательных, слуховых и зрительных функций, познавательное развитие, общение, социальное взаимодействие, развитие адаптивных навыков, включая самообслуживание) включает содействие формированию позитивных отношений с ребенком, выявление естественных ситуаций, в которых может быть реализована развивающая программа, работа с ребенком и другими членами семьи, информирование членов семьи о развитии ребенка, обучение родителей организации развивающей среды для ребенка, консультирование других	Предлагается рассматривать как новую комплексную услугу, которая может включать другие услуги по поддержке развития и адаптации ребенка. Предлагается разработать профессиональный стандарт специалиста по ранней помощи

## Продолжение

1	2	3	4
		людей, вовлеченных в воспитание и поддержку развития ребенка (по инициативе родителей), мониторинг развития ребенка, внесение изменений в индивидуальную программу сопровождения, координация ее реализации с другими специалистами и др.	
16	Социаль-но-педаго-гические услуги, направленные на формирование у детей по-зитивных интересов, в том числе в сфере досуга	Включение ребенка и членов его семьи в различные мероприятия социального характера (музыкальные встречи, игровые группы, праздники и др.)	
17	Меди-цинские услуги по уходу за ребенком и по обучению уходу за больным ребенком	Обучение родителей (законных представителей) ребенка уходу за ребенком (уход за катетерами, трахеостомой, кормление через зонд, перевязки, уход за ребенком, находящимся на искусственной вентиляции легких в домашних условиях, и др.), в том числе при оказании паллиативной медицинской помощи. Подбор специального оборудования, обучение и консультирование родителей и семьи по вопросам медицинского ухода	
18	Патронаж-ные услуги	Бытовые, социальные, медицинские услуги на дому	
19	Услуги по подбору	Индивидуальная оценка, разработка и мониторинг программы пи-	

## Окончание

1	2	3	4
	питания ребенка	тания ребенка, консультирование и обучение родителей (законных представителей) ребенка по вопросам его питания	
20	Услуга по сопровождению ребенка на этапе окончания программы ранней помощи и поступления ребенка в организацию, осуществляющую образовательную деятельность	Обеспечение преемственности программы ранней помощи и непрерывности обучения ребенка при его поступлении в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, включая помочь в выборе организации, прохождении психолого-педагогической комиссии, участие в разработке индивидуального образовательного маршрута по основной или адаптированной образовательной программе, рекомендации по созданию специальных образовательных условий, помочь в адаптации и включении ребенка в образовательный процесс и др.	
<b>IV. Сопутствующие услуги</b>			
21	Транспортные услуги	Обеспечение транспортной доступности услуг ранней помощи для ребенка и семьи	
22	Услуга социальной поддержки семьи «социальная передышка»	Предоставление услуг по обеспечению временного краткосрочного пребывания ребенка вне дома с сопровождением или по уходу за ребенком в домашних условиях в целях поддержания позитивных отношений между родителями и ребенком, профилактики нежелательного обращения с ребенком и снижения вероятности помещения ребенка в стационарную организацию	

# Групповые игровые сеансы для детей раннего возраста

Опыт работы педагога-психолога

Захаркина Н.Б.,

педагог-психолог ГБОУ «Школа № 2036», Москва

**Аннотация.** В статье представлен метод игровых сеансов в центрах игровой поддержки ребенка, организованных на базе образовательных учреждений. Рассказывается о его использовании в период подготовки детей раннего возраста к поступлению в ДОО.

**Ключевые слова.** Ранний возраст, игровой сеанс, игровая поддержка, комплексное воспитание.

Создание системы ранней помощи в РФ позволяет обеспечить своевременную и комплексную поддержку детей раннего возраста и их семей. Особое место в структуре системы занимают центры игровой поддержки (ЦИПР). Основной формой работы с детьми в этих центрах служит игровой сеанс. Игра обра-

дает комплексным воспитательным, обучающим воздействием и приносит радость ребенку.

Содержание игровых сеансов в центре игровой поддержки строится в соответствии с календарно-тематическим планом (см. таблицу) и с учетом структуры групповых и подгрупповых игровых сеансов.

*Таблица*

## Календарно-тематический план центра игровой поддержки ребенка

Месяц	Недели	Тема занятия
1	2	3
Сентябрь	1—2-я	«Давайте познакомимся»
	3—4-я	«Моя семья»
Октябрь	1—2-я	«Я и мое тело»
	3—4-я	«Осень»

Окончание табл.

Ноябрь	1—2-я	«Овощи»
	3—4-я	«Игрушки»
Декабрь	1—2-я	«Зима»
	3—4-я	«Новый год»
Январь	1—2-я	«Одежда»
	3—4-я	«Мебель»
Февраль	1—2-я	«Кошка»
	3—4-я	«Транспорт»
Март	1—2-я	«Посуда»
	3—4-я	«Весна»
Апрель	1—2-я	«Животные»
	3—4-я	«Растения»
Май	1—2-я	«Насекомые»
	3—4-я	«Лето»

Все групповые игровые сеансы (ГИС) с детьми раннего возраста проводятся в игровой форме, продолжительность одного вида деятельности не превышает 5—10 мин. На каждом игровом сеансе, который строится с учетом возрастных особенностей детей по принципу «от простого к сложному», присутствуют воспитатель и педагог-психолог. Один игровой сеанс повторяется не менее 2—3 раз. Эффективность восприятия и усвоения материала обеспечивается единой сюжетной линией каждого занятия и частой сменой видов деятельности.

ГИС строится по следующей схеме.

#### • Свободная игра

В свободной игре дети и их мамы взаимодействуют с воспитателем, педагогом-психологом, друг с другом, предметно-развивающей средой группы. Педагогу-психологу эта часть ГИС помогает оценить семейные отношения, обследовать малышей, дать психолого-педагогическое заключение и назначить именно те игры и упражнения, которые необходимы конкретному ребенку. Свободная игра учит



Фото 1. Пальчиковые игры

конструктивным, партнерским отношениям всех участников игрового сеанса.

- **Ритуал приветствия**

Задачи — настроить детей и родителей на предстоящее занятие, отвлечь от проблем, забот, страхов, переживаний. С детьми раннего возраста педагоги используют краткие простые приветствия в стихотворной форме. При этом они сопровождаются движениями, что способствует лучшему пониманию и запоминанию рифмованной речи педагога.

Приветствие разучивается на первом занятии и используется в

неизменном виде на протяжении всех занятий.

- **Пальчиковые игры (фото 1)**

Пальчиковые игры чрезвычайно важны для детей раннего возраста. Тонкие движения пальцев рук стимулируют развитие речи малышей. Во время пальчиковых игр возникает доверительный и эмоционально теплый контакт мамы и ребенка.

- **Расслабляющие упражнения (фото 2)**

Эти упражнения направлены на снятие физического и психологического напряжения, что



Фото 2. Расслабляющее упражнение

способствует глубокому раскрытию детей и родителей, обеспечивают большую эффективность развивающих сеансов.

#### • Дидактические игры (фото 3, 4)

Дидактическая (обучающая) игра — одна из составных частей ГИС. Их основные задачи — ознакомить детей с многообразием предметного мира и научить взаимодействовать с ним, а родителям показать приемы и способы обращения с дидактическими игрушками и материалами.

#### • Релаксация

Релаксация играет роль стабилизатора психоэмоционального состояния детей и родителей, регулирует процессы возбуждения и торможения у ребенка, что



Фото 3. Игры на формирование представлений о цвете

способствует формированию произвольного поведения.

#### • Музыкально-ритмическая часть

Педагог играет ведущую роль и показывает мамам и детям пример для подражания. В данную часть сеанса могут войти:

- музыкально-ритмический круг (хоровод), подвижные игры;
- упражнения на развитие общей моторики;
- игры на коленях.

#### • Сказка

Из сказок ребенок получает знания о мире, взаимодействиях людей, проблемах, препятствиях, возникающих у человека в жизни. При этом используются моменты для удержания внимания: куклы марионетки, «вол-



Фото 4. Игры на формирование представлений о форме

шебные» мешочки, коробочки и др.

#### • Занятия изобразительной деятельностью

На данных занятиях дети знакомятся с различными приемами лепки и рисования. Основная их задача — развивать фантазию. Тематика таких занятий, особенно в начале года, очень условна. Сначала детям дается возможность ознакомиться с материалами, так как многие впервые видят восковой мелок, кисточку и краски, цветную бумагу.

#### • Ритуал прощания

Задача — «переключить» детей и родителей с занятия на повседневную жизнь. Занятия заканчиваются совместным подведением итогов, релаксационными упражнениями, направленными на улучшение телесно-эмоционального контакта между мамой и ребенком и задуванием свечи для осознания процесса.

Ритуал прощания разучивается на первом занятии и далее повторяется в неизменном виде.

## Моя философия

Конышева О.В.,

учитель-логопед ГБОУ «Школа № 1394», Москва

На свете есть множество разных профессий. Но я выбрала одну и очень интересную. Я — учитель-логопед. Произношу эти слова с чувством гордости, поскольку нет на свете прекраснее и ответственнее профессии. Учитель-логопед — человек, который не только исправит речь, но и тот, кто поселит в душе ребенка надежду и уверенность в собственных силах.

У каждого человека есть мечты и цели в жизни, каждый ставит перед собой ряд задач, выполнение которых приближает его к их осуществлению. Я не хочу сказать, что живу только профессией. Моя жизнь интересна и многогранна, но, благодаря своей профессии, я могу снова и снова чувствовать себя реализованным и самодостаточным человеком. Я ставлю перед собой профессиональные цели и добиваюсь их. Делая шаги к ним, я вижу результаты работы, чувствую свою значимость в жизни детей. Понимаю, что от меня зависит, какими они войдут во взрослую жизнь — уверенными в себе, открытыми для общения или замкнутыми и молчаливыми.

Моя профессия гуманная и благородная, требующая внимания, терпения, любви и самоотдачи. Я не считаю количество детей, которым помогла, но, поговорите, приятно слышать от них: «Ольга Васильевна! Возьмите меня на занятие!» Их радостное приветствие, теплые объятия заставляют забыть обо всем, пробуждают силы и желание сделать так, чтобы этот яркий свет, эта любовь не только никогда не исчезали, а разжигались и становились все сильнее и ярче. Трудности, неудачи, разочарования отступают, когда я вижу блеск глаз своих малышей.

Каждый ребенок индивидуален, отличен от других. К каждому нужно найти подход, а для этого нужно искренне открыться и отдать частичку себя. Только в тесном сотрудничестве с родителями, воспитателями и специалистами ребенок может полностью использовать свои возможности, развить уверенность в себе. Также я помогаю детям познать красоту и богатство русского языка, знакомлю детей с многообразием выразительных средств, помогаю им

научиться управлять органами речи, красиво, правильно и четко говорить.

Какое это непередаваемое удовольствие, когда ты видишь, что твои труды дают плоды, а главное — ребенок рад и горд за себя. Он обретает уверенность в себе, своих силах. И я знаю, что это моя заслуга тоже, это результат моего труда, часть моей души.

Мне всегда хотелось помочь детям, делать все, чтобы они хорошо говорили, были умными и счастливыми. В этом и заключается счастье педагога.

Педагогика — профессия гуманная и благородная, требующая внимания, терпения, любви к своему делу, самоотдачи. Живой интерес и блеск в глазах детей дает педагогу уверенность в своих силах и возможностях. Тогда разочарование и трудности отступают. Каждому ребенку педагог отдает частичку себя, ищет индивидуальный подход к каждому.

Коррекционный педагог — профессия интересная, важная, очень нужная. Я не только исправляю речь детей, но и стараюсь помочь каждому ребенку поверить в свои силы. Думающий педагог ищет способы воздействия на ребенка, старается заинтересовать его, пробудить у него интерес к занятиям, кото-

рые проводятся чаще в игровой форме, более органичной для дошкольников.

Я уже много лет работаю с детьми с задержкой психоречевого развития. У них на первый план выступают не речевые проблемы, а проблемы в развитии психических процессов, эмоционально-волевой сферы. Очень непросто работать с такими детьми. Приходится быть и психологом и артистом. Это необходимо, чтобы пробудить в ребенке интерес к сотрудничеству, воспитать и развить элементарные этические нормы, правила поведения, научить общаться, подготовить их к дальнейшей жизни. Через ознакомление с окружающим миром ему легче понять, что произойдет, если кто-то совершил плохой поступок.

Ребенку кажется, что он всегда все делает правильно, но его за что-то ругают, наказывают. Почему нельзя драться, отнимать игрушки или громко кричать, стучать? Все это легче понять на примерах героев сказок и рассказов. Часто сочиняю свои понятные и хорошо запоминающиеся истории.

Мне очень хочется, чтобы ребенок вошел во взрослую жизнь полноценным гражданином — открытым, честным, справедливым и уверенным в себе.

# Концепция ранней помощи в Российской Федерации: содержание и перспективы

Ворошилова Е.Л.,

канд. пед. наук, доцент, зав. кафедрой коррекционной педагогики и специальной психологии ФГОАУ ДПО

«Академия повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», Москва

*Аннотация.* В статье представлены проблемы организации ранней помощи в нашей стране, а также анализ Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года.

*Ключевые слова.* Ранняя помощь, концепция, интеграция, социализация, сопровождение, семья.

Одна из тенденций социальной политики и современного образования — создание условий для максимально полного включения в социум людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Данная позиция четко обозначена в Федеральном законе от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее — Закон) и других законодательных и нормативно-правовых актах.

Реализация этого положения возможна только с учетом системного, комплексного подхода к организации обучения и воспитания детей с ОВЗ, начиная с раннего возраста. При этом ока-

зание ранней помощи следует рассматривать не как создание дополнительных социальных гарантий для ребенка и его семьи, а как меру, направленную на реализацию конституционного права ребенка с ОВЗ, обеспечение гарантий его прав на получение качественного образования, как необходимый, важный и значимый этап в образовании ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Анализ опыта организации системы ранней помощи в Российской Федерации позволяет определить ряд трудностей, связанных с оказанием ранней помощи, которые требуют дальнейшего регулирования как на феде-

ральном, так и на региональном уровне:

— недостаточность законодательного регулирования ранней помощи;

— трудности межведомственного взаимодействия как на федеральном, так и региональном уровне;

— отсутствие единого подхода к организации ранней помощи, единых нормативов и стандартов в оказании услуг, четких критериев определения ребенка, нуждающегося в ранней помощи, статистических данных о количестве детей, нуждающихся в ранней помощи, преемственности в оказании услуг между различными организациями, примерных образовательных программ, четких параметров и критериев оценки предоставляемых услуг;

— нехватка квалифицированных кадров для работы с детьми и их родителями;

— недостаточная информированность родителей о возможности получения ими помощи и поддержки уже в первые месяцы жизни ребенка.

Первый шаг, направленный на комплексное решение данных проблем, — утверждение распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее — Концепция).

Данный документ на законодательном уровне определяет ранний возраст как наиболее сензитивный в отношении предупреждения, коррекции и компенсации отклонений в развитии детей. Он определяет направления, по которым должна оказываться ранняя помощь на федеральном и региональном уровнях с учетом межведомственного взаимодействия, целевую группу, философию, принципы ранней помощи, определяет специалистов, которые будут работать, и разъясняет, каким образом в эту систему должны быть включены родители.

Центральное значение в Концепции придается социальной адаптации и интеграции детей, нуждающихся в социальной помощи и поддержке. Согласно Концепции, оказание ребенку коррекционной помощи в ранние периоды жизни позволяет максимально раскрыть его потенциал в плане успешной социализации и включения его в образовательную среду с последующей интеграцией в общество.

Концепция определяет раннюю помощь как комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей

целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей).

К целевой группе Концепции отнесены дети от 0 до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ОВЗ, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, а также дети группы риска (с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития ограниченной жизнедеятельности, в том числе дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и дети из семей, находящихся в социально опасном положении).

Для детей, которые по достижении трехлетнего возраста не смогут быть включены в полном объеме в систему получения образовательных услуг (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии), предусмотрена возможность продолжения ока-

зания услуг ранней помощи в необходимом объеме до 7—8 лет.

Безусловно, очень важно наличие в Концепции пунктов, предусматривающих оказание поддержки не только самому ребенку, но и его семье как первому образовательному институту. В соответствии с положениями федерального законодательства родители (законные представители) детей, достигших возраста 2 мес., в том числе детей с ОВЗ, имеют право на получение дошкольного образования в образовательных организациях (ч. 1 ст. 67 Закона), в случае же принятия решения о предоставлении дошкольного образования в форме семейного образования — право на получение необходимой методической, психолого-педагогической, диагностической и консультативной помощи.

В Концепции представлен минимальный перечень услуг, которые могут быть оказаны детям с ОВЗ и их семьям в ходе выявления ребенка, нуждающегося в ранней помощи, вхождения его и семьи в целевую группу получателей ранней помощи и реализации индивидуальной программы.

В Концепции сделан первый шаг в формировании системы сопровождения семьи ребенка с ОВЗ и профилактики социального сиротства. В числе услуг,

которые должны оказываться в ходе ранней помощи, — консультирование и обучение членов семьи, социально-психологические услуги и т.д. Цель данных мероприятий — профилактика социальной дезадаптации семьи. К сожалению, до настоящего времени рождение ребенка с ОВЗ зачастую приводит к концентрации внимания на его проблемах, уходе в болезнь. Стимулирующим фактором часто выступает полное отсутствие даже эмоциональной поддержки со стороны близких и друзей семьи. Причины этого

кроются в отсутствии знаний о нормах и правилах общения с людьми с ОВЗ и их возможностях.

Безусловно, утверждение Концепции — только первый шаг к построению системной помощи ребенку и его семье уже в первые дни жизни. Дальнейшие меры должны быть направлены на определение механизма межведомственного взаимодействия, обмена данными, построение системы непрерывного образования для специалистов, работающих в системе ранней помощи и пр.

### **ПРОБЛЕМА ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

В который раз в среде российского образования поднимается проблема обучения и воспитания детей раннего возраста. Поднимается — и остается темой для специалистов, непосредственно работающих с детьми, врачей-неонатологов, педиатров и родителей. При том, что образование детей раннего возраста закреплено в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», социальная ситуация ограничивает их воспитание семейной средой.

Сегодня уделяется большое внимание возможностям и тенденциям развития когнитивных, творческих и иных способностей детей раннего возраста. В зоне особого внимания — дети с нарушениями развития или риском их возникновения. С одной стороны, естественная — семейная — среда развития таких малышей не может быть подменена пребыванием в лечебных или коррекционных организациях. С другой, чем раньше замечены негативные тенденции развития и начата коррекция, тем менее травматичными будут последствия, как для ребенка (для его здоровья, развития и раскрытия его возможностей), так и для государства (для развития семьи, образования и медицины).

*Т.В. Кошечкина, канд. пед. наук,  
доцент кафедры коррекционной педагогики  
и специальной психологии АПКиППРО*

**А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?**

**АКТУАЛЬНО!**

# Стратегии ранней помощи: семейно-центрированная модель

Жиянова П.Л.,

ведущий специалист Центра сопровождения семьи НО  
«Благотворительный фонд "Даунсайд Ан"», Москва

*Аннотация.* В статье изложены предпосылки возникновения ранней помощи семьям, воспитывающим детей с особенностями развития. Описываются модели ранней помощи, особое внимание уделяется семейно-центрированной модели. Рассказывается о видах помощи семье, составлении и реализации комплексной программы ее сопровождения.

*Ключевые слова.* Ранняя помощь, модели ранней помощи, семейно-центрированная модель, профиль развития ребенка, депривация.

Во второй половине XX в. сложились условия, коренным образом изменившие отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья и их развитию.

## Причины возникновения и развития ранней помощи

- Увеличение количества детей с нарушениями развития

По последним данным, наблюдается неуклонный рост физиологически незрелых новорожденных, большая часть которых имеет перинатальную патологию. Не углубляясь в причины этого явления, скажем, что значимыми выступают как социальные факторы, так и здоровье родителей.

Увеличение количества детей раннего возраста, нуждающихся в помощи, происходит и в результате выхаживания все большего количества младенцев, раннее погибших. Успехи ранней диагностики позволяют определить наличие нарушения вскоре после рождения, часто еще до появления внешних признаков патологии. Очевидно, что раннее обнаружение нарушения, в свою очередь, дает возможность превентивной работы по предупреждению возможных отклонений в развитии ребенка. Например дети с синдромом Дауна, чей диагноз становится ясным сразу после рождения, могут получать такую поддержку практически с первых дней жизни.

- Борьба родителей за права детей, которая привела к созданию Концепции нормализации

Основные положения этой Концепции были зафиксированы в Конвенции о правах ребенка, принятой ООН в 1989 г. и уже в следующем году подписанной Россией. С этих пор становятся неоспоримыми положения о том, что ребенок с особыми потребностями обладает всеми правами, как и нормально развивающиеся дети, и что лучшим местом проживания для него является семья, в которой и должны быть созданы все условия для его развития.

- Исследования состояния детей, проживающих в сиротских учреждениях

Научные исследования выявили отрицательное влияние депривации на развитие не только эмоциональной сферы, но и функционирование всех органов и систем, включая инстинктивную сферу.

Существует ряд отечественных и зарубежных исследований, доказывающих зависимость уровня общего развития ребенка от качества детско-родительских отношений, в основе которых лежит привязанность. Под привязанностью в данном случае понимаются устойчивые, теплые и близкие отношения между ребенком и

матерью или другим замещающим ее взрослым. В истоках создания этой теории лежат исследования психологов разных направлений. Во-первых, это данные ряда ученых о влиянии сепарации (разделения) ребенка и матери (Д. Берлингем, Дж. Боулби, У. Гольдфарб, Р.А. Шпиц). Их наблюдения показали, что при лишении или неполном удовлетворении основной потребности в близости со взрослым у ребенка наступает состояние психической депривации. Значительный вклад в изучение привязанности внесли исследования М. Эйнсворт, входившей в группу исследователей, которую возглавлял Д. Боулби.

В отечественных исследованиях (Л.Н. Галигузова, С.Ю. Мещерякова, Р.Ж. Мухамедрахимов, Ю.А. Разенкова, А.Г. Рузская, Е.О. Смирнова и др.) обнаружены интересные факты, свидетельствующие о влиянии качества первичной привязанности на различные виды взаимоотношений, которые формируются у человека на протяжении жизни.

В настоящее время диагноз «реактивное расстройство привязанности» вошел в новую Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

## Модели ранней помощи

В настоящее время у нас в стране существует несколько моделей ранней помощи

- *Ребенок живет в доме ребенка.* Модель помощи — центрированная на ребенке, когда специалист проводит занятия с малышом.

- *Ребенок живет в семье.* Можно выделить несколько вариантов модели помощи:

- психолого-педагогическая помощь практически отсутствует. Долгое время семья и ребенок, проживающий в семье, не получают помощи педагогов и психологов. Она ограничивается только медицинской помощью. Отсюда — сведение логопедической работы к массажу, а стимуляция развития — к медикаментозному лечению;

- помощь, центрированная на ребенке. Эта модель используется в домах ребенка в раннем возрасте, а затем в детских садах и школах. Она часто применяется при организации занятий с детьми раннего возраста, проживающих в семьях. На практике данная модель показала себя недостаточно эффективной;

- семейно-центрированная модель, при которой с ребенком занимаются мать и другие близкие, а семья получает консуль-

тативную поддержку специалистов.

## Семейно-центрированная модель

В центре внимания при этой модели находится вся семья. С ребенком занимаются его родители при консультативной поддержке специалистов. Семье оказываются педагогическая, социально-психологическая, медицинская, юридическая помощь и другие виды поддержки.

Методики, используемые в рамках семейно-центрированной модели, предусматривают активную позицию и родителей и ребенка. Необходимость поддержки всей семьи, а не только ребенка, заключается в особенностях семьи, воспитывающей особого малыша.

Обратимся к стрессорам, воздействующим на семью ребенка с синдромом Дауна. М. Дж. Гуральник сделала вывод о неблагоприятном влиянии стресса, переживаемого родителями, на их взаимодействие с ребенком с синдромом Дауна. Он выделил следующие группы факторов, вызывающих стресс (стрессоров), связанных с наличием отклонений в развитии этих детей:

- стресс, вызванный рождением «особого» ребенка;

- условия, сопровождающие сообщение диагноза;
- беспокойство о здоровье и будущем ребенка;
- отсутствие информации о перспективах развития и организациях, оказывающих помощь;
- мнение окружающих, разрыв социальных связей;
- ресурсные трудности (материальные, временные);
- боязнь родителей не справиться с воспитанием «особого» малыша.

Таким образом, весь комплекс семейных особенностей, который в случае рождения обычного ребенка был бы направлен на заботу о нем: формирование теплых эмоциональных взаимоотношений, организацию развивающей среды и социальных контактов, оказывается неоптимальным в случае рождения ребенка с нарушениями в развитии. Все это диктует необходимость социально-психологической поддержки семьи, которая может быть реализована в разных формах, таких как:

- психологическая поддержка семьи, осуществляемая психологом;
- педагогическая работа (психологическая составляющая);
- участие семьи в структурированной службе ранней помощи;

- взаимоподдержка родителей.

## Программа сопровождения семьи

Реализация поддержки семьи осуществляется на основе комплексной программы сопровождения семьи, учитывающей ряд важных факторов:

- особенности конкретной семьи и ее социального окружения;
- особенности ребенка (его личностные особенности, а также психофизический профиль (фенотип)), а именно, знание сильных и проблемных сторон их развития;
- запрос семьи;
- необходимые виды помощи, выявленные в результате обследования и наблюдения;
- ресурсы службы и привлечение дополнительных ресурсов. Оптимальная координация работы партнеров, информация о местах возможного получения дополнительных видов помощи также бывает эффективна.

Формы работы с семьей представляют собой комбинацию индивидуальной (домашние визиты и консультирование в Центре) и различных видов групповой работы.

Кроме этого, можно выделить очную и заочную формы

работы. Так, создание форума и информационного ресурса фонда «Даунсайд-Ап» дало возможность многим семьям, проживающим в отдаленных регионах нашей страны, а также за ее пределами, получить профессиональную информационную и консультативную помощь.

## Программа работы с ребенком

Для создания программы работы с ребенком специалисту необходимы данные о его развитии, которые он может получить с помощью:

- обследования в процессе совместной игры ребенка со специалистом;
- наблюдения за игрой ребенка, его взаимодействием с мамой во время игры и в повседневной жизни;
- дополнительные сведения, полученные от родителей, которые особенно важны, если это не домашний визит, а прием в помещении службы.

На основании этих данных составляется перспективная долговременная программа развития ребенка, которая уточняется и дополняется на основании регулярных встреч специалиста с семьей.

Принимая участие в консультировании, родители понимают

не только то, что нужно делать, но и как это можно организовать.

## Кто и как реализует программу развития ребенка?

*Кто занимается с ребенком?*

С ребенком раннего возраста занимаются его родители. Слово «занятие» носит весьма условный характер. Обычно, это взаимодействие и общение ребенка с близкими людьми в процессе ухода, игры и, в меньшей степени, занятий.

Все это справедливо и для семьи «особого» ребенка. Таким образом, развитие малыша должно осуществляться близкими людьми в процессе ухода, игры и игровых занятий. И в осуществлении этого родителям должен оказать помощь специалист, консультирующий семью. Его задача — вносить уточнения в процесс взаимодействия и общения с учетом психофизического профиля ребенка: выделять и использовать сильные стороны и создавать условия для коррекции слабых сторон развития.

*Когда начинать занятия с ребенком?*

Современный подход предусматривает раннее начало помощи: с рождения или с момента обнаружения нарушения развития.

Ранний возраст — самый продуктивный в развитии ребенка. Достаточно сравнить новорожденного и малыша в возрасте 1—1,5 лет, и станет ясно, какие большие перемены происходят с ребенком, и как много базовых навыков формируются в этом возрасте.

Раннее начало позволяет предупредить или минимизировать вторичные нарушения. Каждый педагог, работая с дошкольниками, сталкивается со сложной структурой дефекта. Часто наличие такой структуры вызвано не врожденными, а вторичными нарушениями. Самый яркий пример — глухонемой ребенок, немота которого объясняется отсутствием или недостаточностью профессиональной помощи. Так, своевременное слухопротезирование помогло бы минимизировать вторичное нарушение речи. Такая превентивная работа становится наиболее эффективной, если мы заранее можем предполагать, какие нарушения могут быть у ребенка впоследствии и какие меры можно по этому поводу предпринять. Так знания о психофизическом профиле или фенотипе ребенка с синдромом Дауна помогают нам минимизировать и нарушения первично входящие в структуру дефекта.

## Учет психомоторного профиля (фенотипа) при реализации программы

Профиль психомоторного развития при синдроме Дауна можно охарактеризовать, как асинхронный. Он имеет ряд сильных сторон, например, социально-эмоциональное развитие и зрительно-пространственную ориентацию, имитационные способности, и проблемные стороны: двигательное развитие, развитие речи (особенно экспрессивной), особенности личностной мотивации.

Исследования показали, что нарушения, наблюдаемые у подростков и взрослых с синдромом Дауна, имеют своих предвестников в раннем возрасте, т.е. в тот период, когда правильно выстроенная стратегия помощи позволяет нам наиболее эффективно использовать сильные стороны для формирования компенсаторных возможностей проблемных сторон. Данная стратегия включает также функциональный подход к формированию деятельности, предлагающий учет того, насколько формируемый навык сможет положительно повлиять на жизнь ребенка.

Назовем эти сильные стороны:

— хорошие имитационные возможности, что позволяет использовать повторение за взрослым неречевых и речевых сигналов: мимики, интонации, движений, жестов, действий;

— развитые зрительные восприятие и память, что говорит о необходимости использования зрительных подсказок: предметов, рисунков, жестов, движений, табличек со словами, которые будут способствовать формированию навыков общения, речи, игровых и бытовых действий;

— интерес к взаимодействию и сотрудничеству с окружающими людьми: и взрослыми и сверстниками. Этот интерес может стать одним из главных стимулов для развития общения и речи, что позволяет включить ребенка с синдромом Дауна в коллектив сверстников.

Рассмотрим конкретные примеры.

*Пример 1.* Зрительное восприятие, внимание и память — сильная сторона ребенка с синдромом Дауна, в то время как проблемные стороны детей, связанные с особенностями слухового внимания и памяти, создают сложности при формировании речи ребенка. Разработанный нами метод «начинаем говорить», основанный на использовании сильных сторон ребенка — зри-

тельном внимании, восприятии и памяти, использует метод глобального чтения в сочетании с иллюстративным материалом.

*Пример 2.* Сильная сторона ребенка с синдромом Дауна — стремление к взаимодействию и сотрудничеству с окружающими и хорошие имитационные способности.

Разработанный нами метод развития ребенка в естественной среде (компетентностный подход) предусматривает создание оптимальных бытовых и игровых ситуаций, которые позволяют формировать различные навыки.

Участвуя вместе с близкими людьми в повседневных занятиях: уборке, стирке, мытье посуды, отражая эти ситуации в игре, ребенок становится активным, учится искать и находить предметы, сравнивать их, видеть различие и сходство, понимать происходящее и предвосхищать результат. Малыш начинает понимать последовательность событий и причинно-следственные связи, планировать свою деятельность и делать шаги по ее достижению. Все это становится основой для развития восприятия, внимания, памяти и мышления. В процессе своей деятельности он взаимодействует и общается с близкими и у него развиваются общение и речь. Так, родители постепенно готовят его к вхож-

дению в мир людей: взрослых и сверстников.

Таким образом, знание проблемных сторон помогает заранее предвидеть возможные сложности, а значит, и разрабатывать обходные пути для их разрешения. Это не означает, что слабые стороны останутся вне нашего внимания. В программу занятий, безусловно, будут включены разделы, которые позволят свести имеющиеся нарушения к минимуму. В данном случае, это будут занятия по развитию экспрессивной речи. При этом нужно учитывать сильные стороны развития ребенка, а именно, чувствительность к тактильно-двигательной стимуляции, которая успешна не только при формировании навыков крупной и мелкой моторики, но и при стимуляции речевой активности.

*Условия эффективности ранней помощи:*

— проживание ребенка в семье и получение им профессиональной помощи;

- оказание помощи с момента обнаружения проблемы;
- консультативная форма поддержки;
- активная позиция и родителей и ребенка;
- поддержка семьи, расширение ее социальных границ, постепенное уменьшение поддержки;
- развитие ребенка с учетом его особенностей и в естественной среде;
- комплексная программа поддержки;
- определение круга лиц, участвующих в процессе помощи семье;
- ресурсы службы и партнерство;
- межведомственное и междисциплинарное взаимодействие;
- командный подход;
- вариативность форм сопровождения (индивидуальное и групповое, очное и заочное / дистанционное).

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу**  
**РЕБЕНОК В ИНТЕГРИРОВАННОЙ ГРУППЕ**

**Методические рекомендации**

*Под ред. Н.В. Микляевой*



В пособии дана характеристика разных форм интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду нормально развивающихся сверстников, обобщен опыт социализации таких воспитанников в интегрированных группах и инклюзивных детских садах, представлены модели организации совместных форм образовательного процесса в группах полного дня и кратковременного пребывания детей.

# Парадигмы отношения к ребенку раннего возраста с нарушениями развития

Кошечкина Т.В.,

канд. пед. наук, доцент кафедры коррекционной педагогики  
и специальной психологии ФГОАУ ДПО «Академия  
повышения квалификации и профессиональной  
переподготовки работников образования», Москва

*Аннотация.* В статье описаны парадигмы отношения к ребенку раннего возраста с точки зрения имеющихся у него отклонений в развитии и индивидуализации критериев и параметров развития. Определено влияние той или иной парадигмы на формирование стратегии помощи детям.

*Ключевые слова.* Ранний возраст, нарушения развития, общество, семья, медицина, пути помощи.

В период раннего детства начинают формироваться базовые убеждения о себе, своей ценности в мире и самом мире, когда осознания себя и мира еще нет. Ребенок раннего возраста, несмотря на кажущуюся беспомощность, преодолевает значительное количество барьеров и препятствий, усваивает колоссальное количество информации и при этом оказывает значимое влияние на окружающих его людей. А отношение к детям раннего возраста — маркер развития как общества в целом, так и различных его институтов: медицины, образования, семьи.

Анализируя отношение к детям раннего возраста, можно выделить несколько парадигм отношения к ребенку. Ярким примером отличного от привычного в настоящее время отношения к ребенку служит советский период. В это время нормой были ранний выход матери на работу и институционализация младенцев с двухмесячного возраста, жесткие требования гигиены в отношении матери и ребенка, позитивизация крика ребенка при расставании с матерью и др. Показателем отношения к ребенку выступала тяга к стабильности — соответствуя веса, роста, состояния ребенка определенным

статистическим показателям. Отклонение от нормы рассматривалось как диагноз, который определял пути лечения. Отношение к детям с отклонениями от нормы развития (физической, моральной, интеллектуальной и др.) на данном этапе развития общества связано с неприятием, отвержением. Следовательно, нарушения в развитии скрывались, или семья и общество исправляли их любыми способами.

Таким образом, на определенном этапе развития общества ребенок раннего возраста зачастую рассматривался как некоторый «сборник диагнозов», и его состояние оценивалось исходя из соответствия норме. До настоящего времени в педиатрии сохраняется подход, связанный с «лечением анализов». В такой парадигме отношения к ребенку прогноз его развития определялся возможными негативными последствиями и не учитывал индивидуальных особенностей малыша и его окружения. Немаловажный фактор формирования этой парадигмы — уровень развития медицины. Проблемы своевременной диагностики, лечебной базы, адекватных болезни медикаментов определяли высочайшую значимость профилактики заболеваний и нарушений любыми средствами.

Развитие медицины в области диагностики и лечения заболеваний

ний и коррекции нарушений развития, а также формирование социальных представлений о значимости педагогической коррекции таких нарушений и профилактики их возникновения привели к смене подхода к ребенку раннего возраста. Отношение к гигиене и организации быта младенца становится мягкое, а количество педагогических вмешательств в его развитие — значительно больше. Своеобразный «бум» раннего развития, который пережило (и все еще местами переживает) наше общество, сформировал специфическое отношение к ребенку как к объекту обучения и развития. При этом уровень развития в данной парадигме отношения к ребенку также определяется статистически — в соответствии с достижениями абсолютного большинства. В связи с этим дети, не включенные в педагогические программы раннего развития, или не достигшие на конкретный момент времени ожидаемых достижений, вызывают тревогу, на них направляются усиленные педагогические воздействия.

Описанные выше парадигмы в большей степени связаны с потребностью семьи в достижении ребенком некоторой «планки достижений», задаваемой социальными ожиданиями. В толерантном обществе, принимающем отличия малыша от подавляющего

большинства, на первый план выступает индивидуализация. Особенности семейной микросреды — важный фактор развития ребенка и коррекции нарушений развития. В данной парадигме особенности малыша описываются с позиции его достижений, а не недостатков; поставленные медицинские диагнозы сопоставляются с актуальными педагогическими данными и позволяют ориентироваться на конкретные, достижимые, эмпирически измеряемые цели. В данной парадигме наличие особенностей у ребенка не рассматривается как «вина семьи», негативный прогноз или повод для отчуждения.

Описанные парадигмы отношения к ребенку раннего возраста сложно привязать к конкретному временному периоду. Несмотря на указание конкретных периодов российской истории, проявления каждой парадигмы можно отмечать на любом временном отрезке. Однако определяющим фактором для смены парадигмы служит отношение общества и семьи к ребенку раннего возраста с нарушением развития.

Текущие изменения в образовании определяют необходимость тесного контакта персонала ДОО с родителями ребенка и сообщения информации о нем. Однако не каждая семья идет на это. Замалчиваются или намеренно скрыва-

ются диагнозы, образовательные организации регистрируют отказы от обращения в психолого-педагогическую комиссию. Если рассматривать подобные тенденции с позиции отношения общества к детям с нарушениями в развитии, то отношение родителей к раскрытию информации становится более понятным. Оно выгодно родителям только в том случае, когда это действие приведет к улучшению его положения в образовательной организации и активизирует усилия персонала по оказанию ему необходимой помощи. Отсутствие уверенности в готовности общества принять ребенка с отклонениями в развитии, сомнение в способности персонала ДОО обеспечить адекватную профилактику и коррекцию нарушений служат основными причинами отказов от консультаций со специалистами и скрытия информации о ребенке. Данные причины могут быть явными и осознаваться родителями, но также могут быть и скрытыми, подсознательными.

Формирование доверия семьи к образовательной организации, демонстрация элементарной помощи в решении ее текущих проблем позволяют наладить контакт с родителями ребенка, сформировать «кредит доверия» и, в конечном счете, получить информацию, которая позволит оказать необходимую помощь.

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет книжные новинки

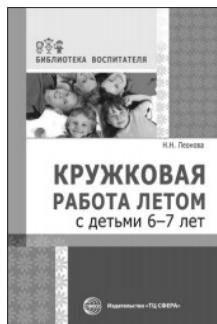


### КРУЖКОВАЯ РАБОТА ЛЕТОМ

**В 2 кн.: с детьми 5–6, 6–7 лет**

Автор — Леонова Н.Н.

Методические пособия посвящены творческой работе с детьми 5–7 лет в летний оздоровительный период. Разработаны в соответствии с ФГОС ДО и апробированы в детских садах, оздоровительных учреждениях санаторного типа, учреждениях дополнительного образования детей.



Материалы могут быть использованы для организации работы ДОО в летний период, дошкольных образовательных групп на базе детских оздоровительных пришкольных и выездных лагерей, в рамках семейного отдыха.



### ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

**В ДЕТСКОМ САДУ**

**В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС ДО**

Учеб.-метод. пособие

Авторы — Лаврова Л.Н., Четоборева И.В.

Авторы предлагают свой вариант педагогической диагностики на основе системного и деятельностного подходов. Система оценки индивидуального развития детей разработана с учетом содержания образовательных областей, видов детской деятельности, задач развития детей и в соответствии с целевыми ориентирами ФГОС ДО. Представлен подробный диагностический инструментарий, описана процедура проведения педагогической диагностики, предложены диагностические карты.



### ИНТЕГРИРОВАННЫЕ ЗАНЯТИЯ

**ПО РАЗВИТИЮ РЕЧИ С ДОШКОЛЬНИКАМИ**

Авторы — Парфенова Е.В., Пескова Н.Л.

В пособии обобщен опыт проведения интегрированных занятий по развитию речи детей с ОНР в разных возрастных группах.

Подчеркивается значение художественного слова и театрализованной деятельности в образовании и воспитании детей, важность совместной работы воспитателя и логопеда в подготовке и проведении интегрированных занятий.

Закажите в ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИНЕ [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет информационные ширмочки с буклетом



Информационную ширмочку можно разместить в образовательной организации и дома: на шкафчиках в раздевалке, на столе, на подоконнике, на полочке и т.д.

Текст и рисунки в ширмочке рассчитаны на детей и взрослых.

Буклет представляет собой **памятку для взрослых**. Несколько буклетов вставляются в **пластиковый карман** на ширмочке, родители могут взять буклет с собой.

Буклет – важная форма взаимодействия семьи и детского сада, реализующая наглядный метод воспитания и образования. Цель буклета – донести нужную информацию до каждого родителя.

Изучение родителями содержания буклета дома и возможность обращения к его тексту в любой момент – существенный фактор эффективного развития и воспитания ребенка.

Буклеты можно приобрести отдельно и докладывать в ширмочку по мере необходимости. Можно раздавать буклеты на родительских собраниях или размещать их в уголках для родителей.

В данном продукте реализована часть системы взаимодействия с родителями, что необходимо для реализации **федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования** и закона «Об образовании в Российской Федерации».

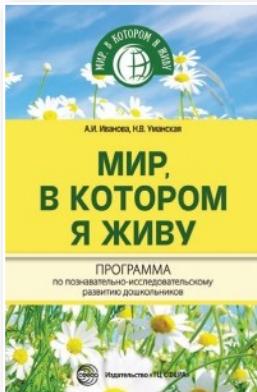
**Физическое развитие дошкольника**

**Закаливание воздухом, солнцем, водой**

**Правила личной гигиены**

Закажите в Интернет-магазине [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)  
в разделе «Наглядные пособия»

# ПОЛНОЦЕННОЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА



## Цель программы:

развитие личности ребенка через формирование навыков самостоятельной исследовательской деятельности

## Основные задачи программы:

- формировать осознанное восприятие окружающего мира, основы безопасного поведения;
- учить основам исследовательской деятельности;
- развивать образное и логическое мышление, индивидуально выраженные творческие способности ребенка;
- воспитывать социальные качества личности дошкольников;
- содействовать поведенческому самоопределению воспитанников.



В пособиях описаны многочисленные наблюдения, опыты, эксперименты, способы фиксации наблюдений, даются конспекты занятий и экологических экскурсий, а также ответы на типичные детские вопросы.

Дети научатся понимать и любить природу, а воспитатели получат ценный фактический материал по ознакомлению дошкольников с природными явлениями методом экспериментирования.

**Наш адрес:** 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.

**Тел.:** (495) 656-72-05, 656-73-00

**E-mail:** 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)

## НОВЫЙ САЙТ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ!

Интернет-магазин  
**www.sfera-book.ru**  
 ОТКРЫТ!

Новый сайт — это новый дизайн, обновленный рубрикатор, весь ассортимент в одном месте, 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!**

На сайте подписных изданий **www.sfera-podpiska.ru** продолжаются:

- ✓ ЭЛЕКТРОННАЯ ПОДПИСКА
- ✓ РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА

**Появились новые материалы и новые подписные издания для работы с детьми:**

- ✓ МАСТЕРИЛКА (для детей 4—7 лет)
- ✓ ДЛЯ САМЫХ-САМЫХ МАЛЕНЬКИХ (для детей 1—4 лет)

Основной закон жизни — развитие.  
 Давайте развиваться вместе!



Зайди 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); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804  Подписка только в первом полугодии	39757  Без рабочих журналов	10399  Без рабочих журналов
<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
<b>Журнал «Управление ДОУ» (5)</b>	80818		
<b>Журнал «Медработник ДОУ» (4)</b>	80553	42120	
<b>Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)</b>	48607	42122	
<b>Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)</b>	58035		
<b>Журнал «Логопед» (5)</b>	82686		
<b>Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет</b>		34280	16709
<b>Мастерилка:</b> 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!

- Неврологические нарушения у детей раннего возраста
- Современный взгляд на непереносимость лактозы
- Диспансеризация детей раннего возраста
- Открытое овальное окно: малая аномалия сердца или порок?

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги и наглядную продукцию оздоровительной тематики в интернет-магазине [www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru) или купить в магазине издательства «ТЦ СФЕРА» по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад), тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.



**«Медработник ДОУ»**  
2017, № 4 (72)

Научно-практический журнал  
ISSN 2220-1475

2008 .

8

77-28788  
13 2007 .

« 36804 ( ) , « 39757 ( ) , « » — 10399 ( ) . : 129226, . . 18, . . 3.

./ : (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)

.(495) 656-75-05, 656-72-05

20.04.17.

60×90<sup>1</sup><sub>16</sub> . . 8,0.

© « » , 2017



4607091440263 00070

# СОЗДАЕМ МИР КРАСОТЫ И ПОРЯДКА

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ ДЛЯ ДЕТСКОГО САДА  
плакаты, стенды, вырубные фигуры



Издательство «ТЦ СФЕРА»

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 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)

Закажите на  
[www.sfera-book.ru](http://www.sfera-book.ru)  
в разделе  
НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ





# 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)