

РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№1/2018

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ДАУНА
СРЕДСТВАМИ ИСКУССТВА

СИНДРОМ ДАУНА:
КЛИНИКА,
ЭТИОЛОГИЯ

МЕТОДИКИ
РАННЕГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

ГОСТЬ НОМЕРА:

Д-Р МЕД. НАУК, ПРОФЕССОР,
ЗАВ. КАФЕДРЫ «МЕДИЦИНСКОЙ
ГЕНЕТИКИ» ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ
МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА

АЛИЙ ЮРЬЕВИЧ АСАНОВ



ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ:
ПРОБЛЕМЫ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА:

**РЕБЕНОК И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ
ОСНОВЫ ЕГО РАЗВИТИЯ**



SFERA-PODPISKA.RU



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 1/2018



Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Тема номера

Ребенок и наследственные основы его развития

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дружиловская О.В. Наследственные проблемы развития детей..... 5

ГОСТЬ НОМЕРА

Асанов А.Ю. Медицинская генетика — наука
о наследственной патологии 6

Гигиена

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Азаренко Т.Д. Закаливание детей раннего возраста 12

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Теплякова Л.А. Закаливание и формирование ЗОЖ —
путь к здоровью 15

Педиатрия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Астахова Н.Ю. Участие родителей в проведении обследования
ребенка территориальной психолого-медико-педагогической
комиссией. Из опыта работы 22

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Демикова Н.С. Синдром Дауна: клинико-этиологический аспект 27

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Красноперова Н.А. Влияние умственных нагрузок на лабильность
нервной системы у детей и взрослых с патологией слуха 30

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Робенкова Ю.П. Популярны мифы о детских глазных заболеваниях ... 36

КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА

Письмо в редакцию. Ответ специалиста.....38

ЛЕКОТЕКА

Бутко Г.А., Галушка Л.Е. Социализация детей с синдромом Дауна
средствами искусства.....43

Бурлакова И.И. Методики раннего развития детей
и социальные риски51

Педагогика

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Морозов С.А. Расстройства аутистического спектра
как социальная проблема.....56

Кудрина Е.П. Организация работы с младшими школьниками
с РАС в общеобразовательном учреждении63

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

Крутикова Т.Н., Белая С.Г. Наглядное моделирование в работе
по развитию связной речи у старших дошкольников с ОНР72

Терентьева М.П. Развитие речи у младших школьников с ЗПР.....76

Бутко С.С. Психологические основы обучения иностранному
языку слабослышащих младших школьников81

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

Римская Е.С. Вредные мультфильмы. Консультация
для воспитателей и родителей88

Актуально!

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ

Голубникова Л.А. «Просто сделать. Наш путь в инклюзивное
общество»92

САМООБРАЗОВАНИЕ

Лисовская Е.В. Ребенок с аутизмом в детском саду 100

Муратова М.А. Типы нарушений речевого развития у детей
и их клинические проявления 109

РАБОТА С СЕМЬЕЙ

Поликарпова Л.А. Что такое фонематический слух и фонематическое
восприятие? Консультация для родителей 116

Тюрин И.В. Психологическая поддержка детей 119

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ? 14, 26, 99

КНИЖНАЯ ПОЛКА 91, 125

КАК ПОДПИСАТЬСЯ 127

АНОНС 128

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

Индекс

Всемирная конфедерация подводной деятельности (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques, CMAS)	12	университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ», Москва	6
ГАОУ ВО «Московский государственный педагогический университет», Москва	51	Кафедра раннего изучения иностранных языков ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», Москва	81
ДО ГБОУ «Школа № 1394», Москва	116	МБДОУ д/с № 52, г. Таганрог Ростовской обл.	72
ГБОУ ВО МО «Академия социального управления», Москва	43	МБДОУ д/с № 100 «Рябинушка», г. Таганрог Ростовской обл.	72
Д/с «Маленькая страна», пгт Нахабино Красногорского р-на Московской обл.	100	МБДОУ ЦРП — д/с «Солнышко», г. Котовск Тамбовской обл.	15
Департамент здравоохранения г. Москвы, Москва	27	МБОУ «СОШ № 10», го Кашира Московской обл.	63, 76
ГБОУ «Школа № 394», Москва ...	88	Региональная общественная благотворительная организация «Общество помощи аутичным детям «Добро», Москва	56
ДО № 2 ГБОУ «Школа № 2051», Москва	119	Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия, го Кашира Московской обл.	22
Кафедра анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва	30	ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», г. Ростов-на-Дону	109
Кафедра медицинской генетики ФГБОУ ДПО «Российская академия непрерывного последипломного образования Минздрава РФ», Москва	27	ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва	43
Кафедра медицинской генетики ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ», Москва	6	ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Москва	92
Азаренко Татьяна Дмитриевна ...	12	Филиал № 4 ГБУЗ ДКЦ ДЗМ №1, Москва	36
Асанов Алий Юрьевич	6		
Астахова Наталья Юрьевна	22	Крутикова Татьяна Николаевна ...	72
Белая Светлана Геннадьевна	72	Кудрина Елена Петровна	63
Бурлакова Ирина Ивановна	51	Лисовская Елена Витальевна ...	100
Бутко Галина Анатольевна	43	Морозов Сергей Алексеевич	56
Бутко Светлана Сергеевна	81	Муратова Марина Алексеевна ...	109
Галушка Лариса Емельяновна	43	Поликарпова Людмила Александровна	116
Голубникова Лилия Андреевна ...	92	Римская Екатерина Самвеловна ...	88
Демикова Наталья Сергеевна	27	Робенкова Юлия Пауловна	36
Земцева Наталия Владимировна ...	42	Теплякова Любовь Александровна	15
Красноперова Наталья Анатольевна	30	Терентьева Марина Павловна ...	76
		Тюрина Ирина Викторовна	119

Наследственные проблемы развития детей

Медицинская генетика и молекулярная медицина изучают этиологию и патогенез аномалий развития детей. Достижения данных наук обеспечивают разработку и внедрение методов лечения, профилактики и медико-педагогическую абилитацию и коррекцию дошкольников с хромосомными болезнями, синдромальной патологией, наследственными нарушениями обмена веществ, приводящих к умственной отсталости, поражению органов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

Педагоги и психологи, изучая личностные качества ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) вследствие того или иного заболевания, учитывают значение генетической программы, полученной им от родителей. Средовые факторы, включающие условия воспитания, оказывают значительное влияние на состояние здоровья детей и их развитие. Педагоги и психологи должны использовать современные подходы к воспитанию и образованию дошкольников и ориентироваться на их генетическую уникальность.

Взаимодействие медицинских работников, педагогов и психологов позволяет определить перспективы в решении вопросов развития детей. Воздействие не встречавшихся ранее факторов среды приводит к появлению новых форм патологии. Формирование у ребенка адекватного поведения, адаптация к условиям обучения должны осуществляться через понимание причин дефектов, их структуры, характера взаимодействия с другими системами организма, а также генетической программы его развития.

Журнал «Медработник ДОУ» призван повышать профессиональный уровень сотрудников медицинских, детских и социальных учреждений. В предыдущих его выпусках раскрывались основные подходы к лечебно-педагогическим технологиям, а также опыт различных учреждений в медико-психолого-педагогической помощи детям с особенностями развития. Первый в этом году номер посвящен актуальным проблемам развития дошкольников.

Мы ждем ваших писем и предложений. Делитесь своим опытом и профессиональными достижениями на страницах нашего журнала.

Главный редактор журнала О.В. Дружиловская

Медицинская генетика — наука о наследственной патологии

Асанов Алий Юрьевич,

*д-р мед. наук, профессор кафедры медицинской генетики
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства
здравоохранения РФ», Москва*

Алий Юрьевич, в течение многих лет вы являетесь ведущим специалистом в области медицинской генетики. Расскажите о своем пути в науку.

До поступления на педиатрический факультет 2-го московского медицинского института им. Н.И. Пирогова, еще будучи школьником, я некоторое время работал в Центральном институте переливания крови (ныне Научный гематологический центр). Я хотел убедиться, что медицина — та область деятельности, в которой я смогу принести пользу. Уже на первых курсах обучения в медицинском институте меня заинтересовали вопросы, связанные с проблемами наследственных болезней. Я посещал лекции по генетике человека и медицинской генетике, проводимые в 1964—1965 гг. по инициативе Московского общества испытателей природы в Институте биологии развития. Там познакомился с ведущими отечественными

генетиками, среди которых были цитогенетик Елена Ервандовна Погосянц и блестящий ученый Владимир Павлович Эфроимсон, принявшие меня в свои лаборатории. По окончании института был принят на работу в Институт медицинской генетики АМН СССР, где и началась моя «научная» жизнь.

Что изучает медицинская генетика? Какие проблемы решает? Какова ее роль в деятельности педагога, психолога, дефектолога?

Медицинская генетика как часть генетики человека изучает роль наследственности в патологии, закономерности передачи наследственных болезней и признаков в ряду поколений, разрабатывает методы диагностики, лечения и предупреждения всех форм наследственной патологии и заболеваний с наследственной предрасположенностью. Из сказанного становится очевидной роль знания и понимания генети-

ческих проблем в организации и проведении учебного процесса, педагогических подходов к детям со специфическими проблемами. Особенно это важно для психологов и дефектологов.

Приведу «сухие» цифры. В настоящее время считается, что генетические причины обуславливают более 50% врожденной глухоты, более 70 — врожденных слепоты и слабовидения, около 80% — умственной отсталости. Реализация «персонализированного» подхода в общеобразовательной школе также требует всесторонней психолого-педагогической оценки обучающегося, невозможной на современном этапе без анализа генетических основ предрасположенности к определенным видам обучения и деятельности.

Может ли генетическая программа индивида обусловить развитие патологии? Каковы результаты взаимодействия наследственных и средовых факторов?

Конечно, генетическая программа лежит в основе развития патологии. Но важно знать и понимать, что в одних случаях наследственные факторы необходимы и достаточны для развития болезни (генетические болезни), в других же — генетические факторы выступают в роли наследственной предрасположенности,

и необходимо воздействие иных факторов для проявления болезни. Например, если ребенок унаследовал от родителя одну «лишнюю» хромосому 21, развивается синдром Дауна; если он получает от каждого здорового родителя по одному «ослабленному» варианту конкретного гена (например, гена фенилкетонурии), развивается тяжелое наследственное заболевание — фенилкетонурическая олигофрения. Это примеры генетических болезней, хромосомных и генных.

В то же время большинство известных неинфекционных заболеваний развивается в результате взаимодействия генетической предрасположенности организма и факторов внешней среды. Подобные заболевания получили названия многофакторных, или мультифакториальных. Например, если генетическая конституция человека может предрасполагать к развитию эмфиземы легких (расширение грудной клетки с нарушением их вентиляции), но человек не курит и не имеет контакта с промышленными загрязнителями воздуха, то заболевание не развивается или протекает в ослабленной форме.

Как оценить степень риска повторного развития в семье мультифакториальных заболеваний?

Существует несколько подходов к оценке риска возникновения подобных заболеваний, важнейший из которых — медико-генетическое консультирование больного и членов его семьи, в том числе здоровых. Для оценки риска мультифакториальных заболеваний необходимо учитывать ряд факторов. Например, наличие нескольких больных с одинаковым заболеванием в одной семье, степень родства, пол больного, тяжесть заболевания могут существенно изменять величину риска. Поэтому необходимо учитывать все эти факторы.

Хочу напомнить, что к группе мультифакториальных болезней относятся самые широко распространенные заболевания, например, аллергические (бронхиальная астма, атопический дерматит), онкологические, гипертоническая болезнь и др. В настоящее время генетики пытаются изучить структуру наследственной предрасположенности к этим заболеваниям, т.е. определить гены, формирующие генетическую предрасположенность. Уже сейчас в генетических лабораториях можно выявить такие предрасполагающие факторы и принять соответствующие профилактические меры, предупреждающие развитие болезни.

В настоящее время выявлена роль генетических факто-

ров в происхождении раннего детского аутизма. Каков Ваш взгляд на эту проблему?

Ранний детский аутизм (синдром Каннера) относится к тяжелой психоневрологической патологии, характеризующейся отсутствием словесного общения, социального взаимодействия с окружающими, в том числе с родителями, наличием стереотипных и часто ритуализированных образцов поведения и интересов у детей. Более широкий фенотип, охватывающий менее серьезные нарушения, составляет группу «расстройства аутистического спектра» (РАС), включающую случаи с отдельными проявлениями и симптомами аутизма, но которые не отвечают полным критериям аутизма или других расстройств. Умственная отсталость отмечается более чем у половины людей с РАС (для синдрома Аспергера умственная отсталость не характерна).

Аутизм считается сложным многофакторным расстройством. Сегодня идентифицировано несколько локусов, многие из которых способствуют развитию заболевания. Генетические исследования ребенка с аутизмом должны включать членов его семьи в ходе проведения медико-генетического консультирования.

Аутизм относится к частым заболеваниям, но, по послед-

ним данным, убедительные доказательства роста числа детей с аутизмом отсутствуют, т.е. его частота остается стабильной.

В современных условиях число наследственных заболеваний увеличивается или имеет стабильный характер?

В настоящее время известно более 10 тыс. наследственных признаков и болезней, и их число постоянно увеличивается. Описываются новые, ранее неизвестные наследственные синдромы и заболевания. В рамках уже известных клинических синдромов выделяют различные по механизму возникновения нозологические формы. Еще один источник роста числа наследственных заболеваний — широко распространенные заболевания неинфекционной этиологии, к которым относятся атеросклероз, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма.

Успехи в области генетики человека и медицинской генетики оказали большое влияние на многие разделы медицины. Для многих групп детских патологий кардинально меняются или дополняются и уточняются представления и знания о роли генетических факторов в этиологии и патогенезе заболеваний.

Благодаря успехам медицинской науки и научно-техническим достижениям последних

лет возрастает процент распознавания генетически обусловленной патологии в структуре заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. Так, в странах с развитой системой здравоохранения генетические факторы обуславливают:

- 80% умственной отсталости;
- 70 — врожденной слепоты;
- 50 — врожденной глухоты;
- 40—50 — спонтанных аборт-ов и выкидышей;
- 20—30% младенческой смертности.

Среди причин госпитализации детей в неспециализированные больницы наследственные болезни составляют от 20 до 40% всех случаев. В среднем каждый четвертый ребенок, поступивший в больницу общего профиля, имеет наследственную патологию. Среди детей с умственной отсталостью, тугоухостью, глухотой и потерей зрения больных с наследственными заболеваниями гораздо больше.

Воснову классификации наследственных болезней, предложенной академиком Н.П. Бочковым (1984), положен критерий удельного веса наследственности и влияния среды в их возникновении. С учетом этого критерия выделяют четыре группы заболеваний:

- 1-я — собственно наследственные болезни (моногенные и хромосомные). Их причиной

служат мутации. Проявления мутаций не зависят от среды. К этой группе болезней относятся многие врожденные нарушения обмена: фенилкетонурия, мукополисахаридозы, галактоземия; нарушения синтеза структурных белков: болезнь Марфана, несовершенный остеогенез; наследственные нарушения транспортных белков: гемоглобинопатии, болезнь Вильсона—Коновалова; хромосомные болезни: синдромы Дауна, Шерешевского—Тернера и др.;

— 2-я — наследственные болезни, обусловленные мутацией, действие которой проявляется только при воздействии на организм специфического для мутантного гена фактора внешней среды. К данной группе относятся печеночная порфирия, некоторые фармакогенетические реакции (длительная остановка дыхания при назначении суксаметония пациентам с вариантом псевдохолинэстеразы) и экогенетические болезни (фавизм);

— 3-я — болезни, возникновение которых в большой степени определяется факторами среды. Они объединяют большинство широко распространенных заболеваний, особенно зрелого и преклонного возраста. Наиболее часто они встречаются и тяжело протекают у предрасположенных к ним индивидуумов. При-

меры болезней этой группы: гипертоническая, онкологические, психические. Между 2-й и 3-й группами болезней нет четкой границы, их часто объединяют в группу болезней с наследственной предрасположенностью, различая монотонно или полигенно детерминированную предрасположенность;

— 4-я — болезни, вызываемые исключительно факторами внешней среды (травмы, ожоги, отморожения, особо опасные инфекции и т.д.). Генетические факторы определяют особенности их клинического течения, эффективность терапии, спектр возникающих осложнений, скорость выздоровления, объемы компенсаторных реакций, исходы заболевания и т.д.

Мы сталкиваемся с новыми факторами среды, в результате испытываем все возрастающие нагрузки социального и экологического характера. Может ли сегодня ранее скрытая генетическая изменчивость людей проявляться в новых формах патологии, в том числе и онкологической?

Развитие радио- и телекоммуникаций, улучшение инфраструктуры мест обитания человека, связанных с научно-техническим прогрессом, приводят к изменению брачной практики, распадам ранее изолированных

популяций, существенным изменением миграционных тенденций населения, что обуславливает значительное перераспределение генов (в том числе и патологических) и приводит к существенному изменению частоты наследственных и ненаследственных заболеваний.

Сегодня механизмы развития лейкоза у детей принято рассматривать с точки зрения мутационной теории и клоновой концепции. Мутация ДНК кроветворной клетки сопровождается сбоем дифференцировки на стадии незрелой бластной клетки с последующей пролиферацией. Таким образом, лейкозные клетки — не что иное, как клоны мутировавшей клетки, неспособные к дифференцировке и созреванию и подавляющие нормальные ростки кроветворения. Попадая в кровь, бластные клетки разносятся по всему организму, способствуя лейкемической инфильтрации тканей и органов. Метастатическое проникновение этих клеток через гематоэнцефалический барьер приводит к инфильтрации оболочек и вещества головного мозга и развитию нейролейкоза.

Первичные новообразования центральной нервной системы составляют 16—20% всех злокачественных заболеваний у детей в возрасте до 14 лет, являются

наиболее распространенными у них опухолями. Ежегодно в России опухоли головного мозга встречаются в 2,4 случаев на 100 000 детского населения.

Медуллобластома (Medulloblastoma) — опухоль головного мозга, обычно развивающаяся в детском возрасте. Это злокачественная (IV стадия, ВОЗ) врожденная нейроэктодермальная опухоль, поражающая детей и подростков. Развивается из эмбриональных нейроэктодермальных клеток мозжечка. Чаще всего опухоль располагается по средней линии, захватывая червь мозжечка и IV желудочек.

К факторам риска, способствующим появлению опухоли, относятся наличие наследственной предрасположенности, детский возраст (до 10 лет), воздействие патологического излучения, попадание в организм канцерогенных веществ (красок, лаков, пищевых добавок, элементов бытовой химии), заражение специфическими вирусными инфекциями (вирус мононуклеоза, герпеса, цитомегаловирус).

Развитие генетики, достигшей в последние годы небывалых успехов, предопределяет рождение нового подхода к осмыслению не только медицинских, но и психологических, педагогических и других проблем, связанных с человеческим фактором.

Закаливание детей раннего возраста

Азаренко Т.Д.,

*мастер спорта, дайвер Всемирной конфедерации
подводной деятельности (Confédération Mondiale
des Activités Subaquatiques, CMAS), г. Харьков,
Украина*

Аннотация. В статье приведены методические рекомендации по проведению закаливающих мероприятий с детьми раннего возраста.

Ключевые слова. Закаливание, дети раннего возраста, терморегуляция, обменные процессы, водные процедуры, активное бодрствование, солнечные ванны.

Эффективное средство укрепления здоровья детей — закаливание, которое нужно начинать уже в раннем возрасте. Организм закаленного человека быстро адаптируется даже к неблагоприятным условиям и восстанавливает нормальное функционирование.

Закаливание — совместная деятельность детей и взрослых, и поэтому пример последних очень важен. Так, предлагая малышу приобрести определенный опыт, нужно всегда начинать с себя, а затем действовать вместе с ребенком. Залог успеха закаливающих мероприятий — систематичность занятий.

Что же нужно делать, чтобы здоровый образ жизни и закаливание стали естественной потребностью для ребенка и членов его семьи?

Позвольте малышу находиться раздетым столько, сколько ему хочется.

Интуитивно следуя природному внутреннему голосу, дети не любят одеваться и надевать шапочки. Так позвольте им это! Помните, что, находясь на руках или лежа рядом с вами, малыш получает тепло.



Здоровый образ жизни новорожденного закладывается в «ручной период». С первых часов жизни и до начала ползания ребенка нужно чаще носить на руках. Энергосберегающее положение на руках взрослого — «султанчиком» или «эмбрионом», способствует сохранению тепла. Вспомните интуитивное действие: когда вы замерзли — сразу хочется свернуться «калачиком». И ребенку тепло, когда взрослый носит его, прижав к себе.

Если малыш находится не на руках, самое предпочтительное положение — лежа на животе. Это активная позиция, ребенок может пытаться ползать, поворачиваться и поднимать голову. Таким образом, он согревается собственными усилиями.

Кожное дыхание играет ведущую роль в обменных процессах организма новорожденного. Особенности терморегуляции маленьких детей таковы, что перегревание организма может привести к сложным нарушениям этих процессов. К переохладению организм готов в гораздо большей степени, чем к перегреванию.

Очень часто родители беспокоятся о том, что у ребенка холодные ноги и руки. Они спешат надеть носочки или рукавички, чтобы поскорее его со-

греть. Однако следует помнить: если организм ребенка чувствует приближающийся перегрев, лишнее тепло он отдает через конечности. Но если одежда закрывает полностью все участки тела, он не имеет возможности естественным образом регулировать теплообмен и испытывает постоянный перегрев. Быстро согреть малыша, если есть в этом необходимость, помогут активные упражнения из комплекса динамической гимнастики. Также можно поддержать ребенка на руках, прижав животом к себе (тепло быстро передается ему и восстанавливает терморегуляцию).

Организуйте малышу жизненное пространство с максимальной свободой перемещения и наименьшим числом ограничений.

Примерно с 3—4 мес. уже небезопасно оставлять ребенка на кровати или диване. Частенько мы впервые узнаем об умении ребенка ползать, обнаружив его на полу. И после этого стараемся в периоды бодрствования оставлять малыша только на полу.

Помните, дети очень не любят ограниченного пространства (манежа или кроватки). А на полу, как правило, всегда прохладнее. Ребенок закаляется, а воспринимать небольшой сквозняк как норму ему помогают естествен-

ный иммунитет и адаптивные возможности.

- Пусть ребенок спит на свежем воздухе (на балконе, веранде, прогулках и т.п.).
- В период активного бодрствования ребенка постарайтесь больше с ним гулять.
- Принимайте с ребенком солнечные ванны, но избегайте прямого попадания на него солнечных лучей с 10 до 16 ч.
- Почаще проводите водные процедуры.

Купание и плавание — два важных события в жизни малыша. Купание — некий гигиенический ритуал, формирующий полезную привычку на всю жизнь. Температура воды для купания, приближенная к температуре тела, оправдана лишь при первых купаниях (для создания

позитивной реакции на водные процедуры). В дальнейшем ее снижают, поддерживая закаливающий эффект.

График снижения температуры воды подбирают индивидуально в соответствии с реакцией ребенка. Желательно к концу 1—2 мес. жизни использовать воду температурой не выше 31—32 °С, а в летний период снизить ее до 28—30 °С и поддерживать на этом уровне. Даже если по мере взросления ребенка активные плавательные занятия в ванне сменились играми и пассивным нахождением в воде с игрушками, не следует добавлять теплую воду. Остывая со временем на несколько градусов, прохладная вода не только не причиняет ребенку дискомфорта, но и дает долговременный закаливающий эффект.

Аквагимнастика

Комплекс аквагимнастики поможет малышу получить хорошую физическую нагрузку и согреться, если занятие проводится в обычном бассейне, где температура воды не выше 27 °С, или на море и в реке, если родители отправились на оздоровительный отдых.

Для многих детей упражнения аквагимнастики знакомы. Они входят в комплекс динамической гимнастики. Упражнения доставят малышам огромное удовольствие и принесут пользу. Особенно аквагимнастика пригодится тем, кто не любит нырять и плавать под водой.

Т.Д. Азаренко

Закаливание и формирование ЗОЖ — путь к здоровью

Теплякова Л.А.,

зам. заведующего по учебно-воспитательной работе
МБДОУ ЦРР — д/с «Солнышко», г. Котовск Тамбовской обл.

Аннотация. В статье представлен многолетний практический опыт организации работы по повышению сопротивляемости организма ребенка дошкольного возраста неблагоприятным воздействиям внешней среды, выработке условно рефлекторных реакций терморегуляции, их совершенствованию.

Ключевые слова. Закаливание, здоровый образ жизни, закаливающие факторы.

В нашем детском саду закаливание входит в систему сохранения и укрепления здоровья. Опыт его использования насчитывает более 1000 лет. Еще в 945 г. русский летописец Нестор рассказывал о закаливающем воздействии бани. «...У славян баня древесная, и пережгут камень румяно, и разволокутся нази и обольются квасом успи-яным (*щелоком* — В. Иванченко) и возьмут на ся прутье младое, бьются сами, тольма едва слезут ли живы и обольются водой студеную».

Детей начинали парить в бане и купать в холодной воде сразу после рождения, с первых дней приучая их к влиянию неблагоприятных условий.

С середины XIX в. закаливание начинают рассматривать с научных позиций. Крупнейшие русские педиатры, профессора В.В. Гориневский и Г.Н. Сперанский, разработали принципы организации и использования закаливающих процедур, которые практически без изменений дошли до нашего времени и легли в основу современных систем закаливания.

Дети болеют, и многие очень часто. Ладно бы, если «детскими» инфекционными заболеваниями, — от них никуда не денешься. А если ребенок постоянно простужается? Малейший сквозняк, попытка походить по лужам, немного мороженого... И на другой день — температу-

ра, кашель, таблетки, микстуры и стремление родителей убе-речь, защитить. А уж как бере-гут. Форточку при ребенке не открывать, водой из-под крана не умывать, на пол босиком не наступать, теплую кофту в ком-нате не снимать, гулять не хо-дить, а если погулять отпускают, то укутают в сто одежек. Но вот ребенка снова где-то продуло... Растет он, взрослеет, но не здо-ровеет.

При самом хорошем уходе за ребенком нельзя оградить его от неожиданных перемен температуры, сквозняков, ве-тров, дождей и сырости. Для изнеженного, привыкшего к постоянному теплу организма такое случайное охлаждение становится особенно опасным, поскольку его способность са-мостоятельно защищаться от холода значительно ослаблена и или ее вовсе нет. Академик Г.Н. Сперанский считал, что чем старательнее кутают ре-бенка, тем он более уязвим для простуд, чаще болеет. Несомненно, единственное надеж-ное средство от простудных заболеваний — закаливание, предполагающее трениров-ку, совершенствование, раз-витие врожденных защитных сил, устойчивости организма к неблагоприятным условиям внешней среды.

Д-р мед. наук, профессор автор социально-оздоровитель-ной технологии «Здоровый до-школьник» Ю.Ф. Змановский подчеркивал, что если бы взрос-лые с рождения формировали у ребенка здоровый образ жизни, это обеспечило бы естественное закаливание, и никаких специ-альных мероприятий не потре-бовалось бы.

Для закаливания детей мы используем природные факто-ры, известные всем: солнце, воздух, воду, а также движения и растения. Важно понимать, что эти факторы могут быть как друзьями, так и врагами. Все за-висит от дозировки, методики и качества природных средств за-каливания.

Прежде всего нужно обе-спечить оптимальный *тепло-вой режим* с учетом возраста и индивидуальных особенностей воспитанников, видов их дея-тельности, соответствия одежды условиям. Если дети 3—4 лет играют в спокойные игры в групповой комнате, и темпера-тура воздуха +21 °С, а одеты они в хлопчатобумажные рубашки и платья с коротким рукавом, на них вместо колготок носки или гольфы, это не только обеспе-чивает тепловой комфорт, но и уберегает от перегревания. На утренней гимнастике или физ-культурном занятии температура

воздуха в помещении не превышает +18 °С, и одежда уже другая (один слой: футболка, шорты, на ногах носочки). В этом случае снижение температуры и уменьшение слойности одежды создают зону напряжения для организма на несколько минут, что тренирует терморегуляционный аппарат.

Движения в процессе утренней гимнастики или физкультурного занятия не позволяют ребенку переохладиться. Систематическое следование этому принципу в течение дня, недели, месяца и т.д. обеспечивает естественную тренировку системы терморегуляции.

Следующий фактор закаливания — воздух. Здоровье обеспечивает чистый воздух определенного качества, содержащий около 20% кислорода, около 80 — азота и приблизительно 0,3% углекислого газа и других элементов. Если кислорода в нем меньше 20%, организм вырабатывает больше красных кровяных телец, а если больше — начинаются патологические изменения в легких.

Важно, чтобы был доступ свежего воздуха в помещение, неукоснительно соблюдался режим сквозного проветривания, использовались очистители воздуха. Нужно проводить прогулки 3 раза в день, в том

числе утром, при приеме детей в ДОО, утреннюю гимнастику и физкультурные занятия на свежем воздухе 2—3 раза в неделю даже в холодное время года (для детей 4—7 лет), спортивные праздники и развлечения, игры с водой. Желательно, чтобы дети спали при открытых фрамугах.

Вода обладает наибольшим закаливающим эффектом. В отличие от воздуха у нее огромная теплоемкость, поэтому ее влияние на систему терморегуляции очень велико. Причем обязательно погружать все тело в воду. Даже если опустить в воду небольшой его участок, произойдет сильное воздействие на физиологические процессы в организме. А это значит, что гигиенические процедуры могут быть и должны стать закаливающими: полоскание рта после еды прохладной водой, мытье рук до локтей, затем до плеча, шеи, верхней части грудной клетки, умывание.

В ДОО проводят и специальные закаливающие процедуры. Мы включаем их в гимнастику пробуждения. Это особый ритуал, помогающий детям постепенно перейти от сна к активной деятельности во второй половине дня. Воспитанники спят при открытой фрамуге. Это обеспечивает необходимое каче-

ство воздуха и гигиенически целесообразную температуру для сна — +18 °С. В соответствии с рекомендациями специалистов за 30 мин до подъема фрамугу закрывают. Дети просыпаются, откидывают одеяло и оказываются в контрастном температурном режиме.

Сначала дети выполняют упражнения в постели: потягивания, выпрямления, направленные на профилактику заболеваний позвоночника. Затем проводятся дыхательные упражнения, позволяющие провентилировать легкие, поскольку у дошкольников поверхностное дыхание, особенно во время сна. Далее выполняются упражнения на «дорожке здоровья»: массажные коврики разогревают стопы, а коврики, смоченные солевым или травяным растворами комнатной температуры, охлаждают их, тем самым обеспечивая тренинг сосудистой системы. Опускание ног в тазик с водой контрастной температуры, обильное умывание, полоскание горла бактерицидными прохладительными настоями, перебежки из одного помещения в другое, отличающееся температурой воздуха на 4—6 °С дают хороший закаливающий эффект.

Ниже представлены комплексы гимнастики пробуждения для детей 6—7 лет.

Первый комплекс утренней гимнастики

Задачи:

- постепенно готовить организм к предстоящей деятельности;
- повышать мышечный тонус;
- осуществлять профилактику нарушений осанки и плоскостопия.

Воспитатель закрывает фрамугу за 30 мин до подъема детей, за 2—3 мин до этого включает спокойную музыку.

Дети просыпаются, отодвигают в сторону одеяло и подушку, удобно ложатся на спину. При необходимости воспитатель и его помощник помогают детям.

Дыхательные упражнения

«Потягивания» (1 раз)

И.п.: лежа на спине в постели. 1—2 — вытянуть пяточкой вперед обе ноги, руки вперед-вверх, вдоль туловища, выдох, произносить «и-и-и» ровно на одной высоте в виде крика; 3—4 — вернуться в и.п., вдох; 5—6 — повернуться на правый бок, потянуться всем телом, выдох; 7—8 — и.п., вдох; 9—10 — повернуться на левый бок, потянуться всем телом, выдох, произносить «и-и-и»; 11—12 — вернуться в и.п., вдох.

«Цветок» (4 раза)

Дыхание носовое, губы сомкнуты.

И.п.: лежа на спине в постели, голова и туловище прямо, руки согнуты перед грудью, кисти сжаты в кулаки и прижаты друг к другу. 1—5 — попарно разгибать и отводить сначала большие пальцы, затем указательные и поочередно остальные, медленно, плавно произносить звук «и-и-и» («цветок раскрылся»); 6 — развести в стороны обе ладони, локти прижаты друг к другу; 7—11 — попарно сгибать пальцы в обратном порядке; 12 — вернуться в и.п.

«Покачаем ножки» (3 раза)

Темп умеренный, дыхание произвольное.

И.п.: лежа на спине, ноги вытянуты. 1—4 — раскачивать ступни в стороны (вправо, влево), произносить «ч-ч-ч»; 5—8 — сгибать и разгибать ноги; 9—10 — вернуться в и.п.

«Покачаем головой» (3 раза)

Темп медленный, дыхание произвольное, контролировать осанку.

И.п.: сидя в постели, скрестив ноги. 1—4 — качать головой вперед, назад, вправо, влево; 5—6 — вернуться в и.п.

«Рисуем круги» (3 раза)

Темп умеренный, дыхание произвольное.

И.п.: стоя у кровати, ноги слегка расставлены, руки в стороны. 1—3 — круговые движения руками вперед, произносить «в-в-в»; 4 — опустить руки через стороны.

«Едем на поезде» (3 раза)

Темп умеренный, дыхание произвольное. Дети снимают майки.

И.п. ноги слегка расставлены, руки согнуты в локтях, пальцы сжаты в кулаки.

Выполнение:

1—16 — мелкими шагами продвигаться вперед, имитируя движения поезда, произносить «а-а-а»; 17—20 — вернуться в и.п.

**Упражнения
на «дорожке здоровья»**

Танцевальные движения:

- ходьба с высоким подниманием ног («как кони», «как птицы»);
- перескоки с ноги на ногу;
- притопы с произнесением «у-у-у»;
- притопы с кружением.

Используются резиновые массажные коврики, коврик с нашитыми пуговицами, политый солевым раствором, впитывающий влагу, ребристая доска, коврик, внутри которого — косточки от ягод и фруктов.

Перебежки из групповой комнаты в приемную (2 раза)

Температура воздуха в групповой комнате +19 °С, в приемной — +12 °С.

Упражнения на тренажерах

Темп индивидуальный.

Используется дифференцированный подход:

- дети с нарушением осанки выполняют упражнения у стены и на шарах (диаметр 50 см);
- дети с нарушением свода стопы выполняют упражнения с массажными мячами, пуговицами, платочками;
- остальные дети (без нарушений): мальчики — упражнения с гантелями, девочки — упражнения с лентами.

Воспитатель дозирует нагрузку и обеспечивает контроль качества выполнения упражнений.

Полоскание горла и полости рта настоем трав (температура +18 °С).

Обширное умывание (лицо, руки до плеч, шеи, температура воды +18° С).

Второй комплекс утренней гимнастики

Форма проведения: оздоровительный бег на воздухе (температура +8—10° С, ветер 3 м/с).

Задачи:

- «заряжать» организм ребенка на предстоящий день;
- развивать двигательные навыки, выносливость;

— повышать функциональные возможности организма.

Воспитатель проверяет соответствие одежды детей погодным условиям: майка, фланелевая рубашка с длинным рукавом, трусы, колготы, спортивный костюм для улицы, шерстяная шапочка на хлопчатобумажной подкладке, шерстяные носки, кроссовки, варежки.

I. Вводная часть

(1—3 мин)

Воспитатель

Мы свое здоровье ценим,
Сохранить его хотим,
Потому и на зарядку
С удовольствием бежим.

Дети выполняют построение в колонну по одному (10 с) и выходят на улицу.

Ходьба обычная (20 с).

Разминка

Упражнение «К плечам»
(5 раз)

Дыхание произвольное. Формировать носовое дыхание в процессе активных движений.

Дети ходят и на каждый шаг попеременно то разводят руки в стороны, то кладут их на плечи.

Упражнение «Приседания»
(4 раза)

Темп средний.

И.п.: о.с., руки на поясе. 1 — присед, руки вперед; 2 — вернуться в и.п.

Ходьба обычная (10 с)

II. Основная часть (2 мин 30 с)

Оздоровительный бег (150 м; скорость 1 м/с, пульс 135—145 уд./мин).

Следить за тем, чтобы бег был легким, свободным, ритмичным, не напряженным. Помнить, что бежать надо в темпе самого слабого ребенка. Следить за внешними признаками утомления

III. Заключительная часть (2 мин 30 с)

Ходьба обычная (30 с)

Дыхательные упражнения

«Дровосек» (4 раза)

Естественный вдох, громкий мощный выдох. Следить за дыханием, формировать носовое дыхание.

И.п.: ноги на ширине плеч, слегка подняться на носочки, руки вверх-назад, пальцы сплетены, прогнуться назад. 1 — опуститься на стопу, наклониться вперед, хлест руками вперед-вниз-назад; 2 — плавно вернуться в и.п.

«Лыжник» (4 раза каждой рукой)

Темп медленный, естественный вдох, мощный выдох. Важно обеспечивать постепенное снижение пульсовой нагрузки до нормы (к концу утренней гимнастики или спустя 1 мин).

И.п.: слегка наклониться вперед, ноги на ширине «лыжни», правая рука впереди, кисть «сжимает лыжную палку», левая — сзади. 1 — присесть, правую руку опустить вниз-назад к бедру; 2 — выпрямиться, левую руку вперед, кисть сжимает «лыжную палку», правая рука — сзади; 3—4 — то же в обратную сторону.

Ходьба обычная (20 с)

Воспитатель. Здоровье в порядке — спасибо зарядке!

В группе воспитатель проверяет состояние детей, вспотевших вытирает насухо и переодевает в сухую одежду.

Литература

- Иванченко В.Ф.* Тайны русского закала. М., 1986.
- Змановский Ю.Ф.* Здоровый дошкольник // Дошкольное воспитание. 1995. № 6.
- Рунова М.А.* Двигательная активность ребенка в детском саду. М., 2000.
- Фролов В.Г., Юрко Г.П.* Физкультурные занятия на воздухе с детьми дошкольного возраста. М., 1983.

Участие родителей в проведении обследования ребенка территориальной психолого- медико-педагогической комиссией

Из опыта работы

Астахова Н.Ю.,

председатель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, го Кашира Московской обл.

Аннотация. В статье представлен опыт работы специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по взаимодействию с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья. Показана необходимость психолого-педагогического консультирования и поддержки семьи в вопросах развития и образования детей с нарушением развития.

Ключевые слова. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья, психолого-медико-педагогическая комиссия, медико-социальная экспертиза, индивидуальная программа реабилитации или абилитации детей-инвалидов, консультативная работа.

Педиатрия



Конвенция о правах ребенка провозглашает: родители несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка, интересы которого должны быть предметом их заботы.

Согласно нормативно-правовым документам, у родителей есть право и обязанность воспитывать детей. Также они должны способствовать получению ими основного общего образования и обеспечивать необходимые условия для получения среднего (полного) общего образования.

Наиболее полно направления участия родителей в образовательном процессе представлены в Федеральном законе

«Об образовании в Российской Федерации» (ст. 44).

В условиях модернизации системы образования большую роль играет деятельность психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). С появлением новой инновационной практики обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) — инклюзивного образования содержание деятельности ПМПК принципиально изменилось. Важные положения, необходимые для разработки ее рекомендаций, содержатся в Законе «Об образовании в Российской Федерации» (ст. 17, 41, 42, 79).

Специалисты нашей территориальной ПМПК го Кашира Московской области осуществляют свою деятельность в нескольких направлениях. Наиболее значимой можно считать *консультативную работу*. Одно из основных условий, обеспечивающих эффективность деятельности ПМПК, — результативность консультирования детей с ОВЗ.

Базовые условия, определяющие эффективность и результативность проведения психолого-медико-педагогического консультирования:

— профессиональная компетентность и опыт каждого из специалистов ПМПК;

— понимание родителями передаваемой информации, согласие с рекомендациями специалистов ПМПК и в дальнейшем следование им, т.е. включение ребенка в ту или иную образовательную среду в соответствии с рекомендованными специальными образовательными условиями.

На сегодняшний день огромная проблема — работа с родителями. В нашем городе ее помогает решать Служба психолого-педагогического сопровождения (СППС) детей с ОВЗ, созданная приказом Управления образования администрации го Кашира.

В состав СППС детей с ОВЗ входят учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, специальный психолог. Все специалисты практикующие, т.е. работают в образовательных учреждениях. Они же являются и членами территориальной ПМПК.

Они проводят обследование детей и в зависимости от цели обращения за помощью (нарушения речи, поведения, интеллекта и др.) индивидуально консультируют родителей.

Родители должны понимать, что они не одиноки, проблему можно решить. С этой целью мы сообщаем им информацию об учреждениях, находящихся в нашем городском округе и

близлежащих районах, а также в регионах РФ, в которых детям может быть оказана комплексная помощь по коррекции имеющихся нарушений развития.

Коррекционная помощь детям с ОВЗ оказывается в учреждениях различных ведомств: систем образования, социальной защиты, здравоохранения.

Задача общеобразовательных учреждений — убедить родителей, воспитывающих ребенка с проблемами в развитии, пройти ПМПК, чтобы определить его образовательный маршрут.

Специалисты нашей СППС осуществляют психолого-медико-педагогическое консультирование детей и подростков, родителей, педагогов, медицинских и социальных работников.

Родителям очень сложно принять проблему своего ребенка. Однако специалисты могут убедить их в необходимости оказания детям коррекционной помощи и правильно выбрать образовательный маршрут. Нужно неформально относиться к родителям, все время задавать вопросы: «Что будет с Вашим ребенком через 10 лет?», «Куда он сможет пойти учиться?», «Какую специальность получить?» Таким образом, нужно ориентировать родителей на будущее развитие ребенка. Это дает возможность убедить их выбрать правильный образователь-

ный маршрут, т.е. согласиться с рекомендациями ПМПК.

Зачастую учителя не хотят конфликтовать с родителями детей, имеющих проблемы в развитии. Они ставят отметку «3» и тем самым дают им надежду на то, что ребенок будет успешным, освоит основную общеобразовательную программу школы. Учитель ни в коем случае не должен разговаривать один на один с родителем такого ребенка. Это должны делать специалисты психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) образовательного учреждения. Необходимо пригласить родителей на ПМПк, на котором будет проводиться обследование ребенка, а затем убедить их прийти с ним на территориальную ПМПК для уточнения диагноза и образовательного маршрута.

Функция сопровождения деятельности ПМПК реализуется, в первую очередь, в контексте подтверждения, уточнения или изменения ранее данных комиссией рекомендаций, т.е. в ситуации тесного взаимодействия ПМПК с ПМПк образовательных учреждений мы наблюдаем динамику развития ребенка.

В рамках деятельности СППС оказывается консультативная помощь родителям и педагогам по организации обучения и воспитания ребенка с ОВЗ.

Приказом Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» утвержден новый порядок реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации детей-инвалидов (ИПРА). В соответствии с этим приказом разработка рекомендаций о мероприятиях психолого-педагогической реабилитации или абилитации детей-инвалидов будет осуществляться с учетом заключений ПМПК.

До принятия данного приказа наша ТПМПК осуществляла эту деятельность по запросам родителей. Теперь же все дети-инвалиды, направляющиеся на медико-социальную экспертизу, должны проходить ТПМПК.

Информационно-просветительская функция ПМПК реализуется, в первую очередь, в отношении родителей, пришедших на консультацию. Они нуждаются в информации не только о собственном ребенке, но и о специальных образовательных условиях для эффективного функ-

ционирования в социуме. Эти условия предусмотрены ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ и перечислены в ст. 79 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида.

Важной информацией для родителей служат и сведения обо всех находящихся в пределах доступности семьи организациях систем образования (включая дополнительное), здравоохранения, социальной защиты, правоохранительной системы, способных в той или иной степени обеспечивать процесс сопровождения различных категорий детей с ОВЗ, в том числе детей-инвалидов, детей с девиантным поведением.

Для родителей важна любая информация, позволяющая помочь их ребенку. Наша ТПМПК предлагает коррекционную помощь в организациях, находящихся в го Кашира и в регионах РФ.

Информирование и просвещение осуществляется на различных уровнях:

- на районных методических объединениях (педагогов, руководителей, специалистов);
- педагогических советах в образовательных учреждениях;
- заседаниях ПМПК образовательных учреждений.

Используя различные формы информационно-просветительской деятельности (лекции, семинары, родительские собрания и др.), мы разъясняем родителям и педагогам деятельность нашей ТПМПК.

Литература

Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под

ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М., 2017.

Приказ Минобрнауки России от 10.02.2015 № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 23.07.2013) «Об образовании в Российской Федерации».

Тактика работы с ребенком в процессе его обследования

В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив, расторможен, отказывается от взаимодействия, не вступает в контакт со специалистом, не следует заставлять его делать что-либо насильно. Имеет смысл оставить его с самим собой на 5—10 мин для свободной игры. Это время можно использовать для выяснения истории развития ребенка, ознакомления с имеющимися документами, предъявляемыми родителями или лицами, их заменяющими. В общении с детьми, трудно входящими в контакт, поможет совместная игра (в мяч, кубики и др.).

В процессе работы с ребенком не допускаются комментарии или оценки, обращенные не только к родителям, но и к коллегам. Более того, специалисты должны корректно пресекать все оценочные характеристики родителей, обращенные к ребенку (типа «лопух», «неумеха» и т.п.).

В процессе диагностического взаимодействия нужно поддерживать контакт с ребенком. В случае выполнения задания следует поощрять его: «Молодец!», «У тебя получается!» Также допускается поддержка со стороны родителей. В случае расторможенного, гипердинамичного поведения ребенка нельзя одергивать его «в лоб», запрещать трогать что-то на столе или в комнате. Лучше заранее или по ходу работы убирать со стола посторонние вещи, методики, которые в ближайшее время не будут использоваться, чтобы они не отвлекали детей. В качестве дополнительной мотивации нужно сказать: «А в это мы поиграем попозже».

Н.Я. Семаго

Синдром Дауна: клинико-этиологический аспект

Демикова Н.С.,

д-р мед. наук, врач-генетик, профессор кафедры медицинской генетики ФГБОУ ДПО «Российская академия непрерывного последипломного образования Минздрава РФ», главный внештатный специалист по медицинской генетике Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Аннотация. В статье раскрывается полиэтиологический характер синдрома Дауна, его основные клинические проявления, методы исследования.

Ключевые слова. Трисомия хромосомы 21, стигмы дизэмбриогенеза, аномалия развития, мозаичная форма синдрома, неинвазивные методы, синдром Дауна.

Синдром Дауна — заболевание, имеющее генетическую природу. Это было выявлено в 1959 г. Французский педиатр и исследователь Ж. Лежен показал, что у больных с синдромом Дауна в хромосомном наборе (кариотипе) присутствует «лишняя» хромосома, относящаяся к 21 паре, т.е. вместо двух хромосом 21 выявляются три хромосомы 21.

В связи с этим данное нарушение относится к группе хромосомных болезней и представляет собой в большинстве случаев (94%) полную трисомию хромосомы 21 (дополнительная хромосома находится во всех клетках организма). Однако при-

мерно в 2% случаев трисомия 21 встречается не во всех клетках и тканях организма (так называемая мозаичная форма синдрома), и примерно в 4% случаев происхождение синдрома связано с перестройками хромосом, которые могут присутствовать у родителей. Для определения величины повторного риска рождения ребенка с синдромом Дауна в семье необходимо знать точный хромосомный тип этого заболевания. Следует подчеркнуть, что риск рождения ребенка с данным нарушением повышается с возрастом женщины и достигает наиболее высоких значений по достижении 40—45 лет.

Первое описание синдрома было сделано задолго до обнаружения его причины. В 1866 г. английский врач Джон Лэнгдон Даун описал ребенка с нарушением умственного развития и характерными внешними особенностями. Впоследствии синдром получил его имя.

Синдром Дауна — один из самых распространенных хромосомных синдромов. В среднем встречается один случай на 700—800 новорожденных. Мальчики и девочки поражаются с одинаковой вероятностью. Клинические проявления синдрома Дауна хорошо известны. В первую очередь, люди с этим заболеванием имеют специфические внешние особенности, что делает их похожими друг на друга. Наиболее характерно строение глазных щелей: раскосые глаза и наличие вертикальной кожной складки, прикрывающей внутренний угол глаза (эпикант). Кроме того, у людей с синдромом Дауна плоские лицо и затылок, короткие нос и шея, открытый рот, большой язык, деформированные ушные раковины, пигментные пятна на радужке глаз. Частые признаки этого заболевания — искривление мизинцев, наличие поперечной складки на ладонях, короткие пальцы, косоглазие. Все перечисленные признаки относятся к так называемым малым аномалиям развития, или

стигмам дизэмбриогенеза, которые в совокупности формируют характерный внешний вид пациента с синдромом Дауна. Поскольку многие перечисленные признаки присутствуют уже при рождении ребенка, правильный диагноз зачастую ставится сразу в родильном доме. Тем не менее, во всех случаях необходимо его подтверждение с помощью исследования хромосомного набора для уточнения формы синдрома, о чем было сказано выше.

Дети с синдромом Дауна, как правило, рождаются в срок, но при этом у них масса тела ниже, чем у здоровых детей. Кроме того, при рождении и в первые месяцы жизни у многих малышей наблюдается низкий мышечный тонус, или мышечная гипотония. Для синдрома характерны и грубые пороки развития внутренних органов, чаще всего разные виды врожденных пороков сердца (в 40—50% случаев), пороки развития почек, пищеварительной системы. У детей с синдромом Дауна снижен иммунитет, они склонны к частым инфекционным заболеваниям и заболеваниям крови, у взрослых больных повышен риск развития болезни Альцгеймера. Почти в 90% случаев отмечается снижение слуха. В настоящее время благодаря успехам в лечении наиболее серьезных симптомов заболевания продолжительность жизни боль-

ных с синдромом Дауна значительно увеличилась и может достигать 50—60 лет. Однако для этого синдрома, как и для большинства хромосомных нарушений, характерна умственная отсталость. Ее степень варьирует от умеренной до тяжелой, в среднем коэффициент интеллекта (IQ) равен 50, что соответствует средней степени умственной отсталости.

В целом объективные возможности реабилитации и адаптации детей с синдромом Дауна зависят как от их физического здоровья, так и от степени нарушения умственного развития. Но не менее важным моментом является правильное воспитание и обучение ребенка. Только комплексная медико-педагогическая помощь помогает раскрыть все потенциальные возможности ребенка и адаптировать его к жизни в обществе.

В настоящее время существуют различные методы раннего выявления синдрома Дауна во время беременности, которые делятся на неинвазивные (методы, не требующие вмешательства в организм) и инвазивные. У нас в стране все беременные могут пройти пренатальный скрининг, цель которого — выявление женщин с высоким риском синдрома Дауна и некоторых других хромосомных заболеваний у плода. В последние годы в практику внедряется новый неинвазивный пренатальный тест (НИПТ), при

котором из крови беременной выделяется ДНК плода и производится диагностика хромосомных нарушений. Его точность значительно более высокая, чем точность пренатального скрининга, но в силу достаточно высокой стоимости он не используется массово.

Точная диагностика трисомии 21 в родовом периоде возможна только с помощью инвазивных методов, когда необходимо получить биологический материал (клетки зародышевой оболочки — хориона или клетки околоплодной жидкости) и, проведя цитогенетический анализ, подтвердить или исключить заболевание у плода. Получив всю информацию, семья принимает окончательное решение о судьбе беременности.

В коротком сообщении невозможно отразить нюансы проблемы, поэтому для ответа на все вопросы нужно обращаться в медико-генетическую консультацию для определения прогноза потомства и выбора дальнейшей тактики деторождения.

Литература

- Козлова С.И., Демикова Н.С. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. М., 2007.
- Синдром Дауна / Под ред. Ю.И. Барашнева. М., 2007.
- Тератология человека / Под ред. Г.И. Лазюка. М., 1991.

Влияние умственных нагрузок на лабильность нервной системы у детей и взрослых с патологией слуха

Красноперова Н.А.,

*канд. биол. наук, профессор кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва*

Аннотация. В статье представлено влияние умственных нагрузок на лабильность нервной системы у детей и взрослых с нарушением слуха. *Ключевые слова.* Глухота, критическая частота слияния мельканий, умственные нагрузки.

В основе лабильности нервной системы лежит усвоение ритма приходящих к тканям импульсов. Критическая частота слияния мельканий (КЧСМ) — индикатор функционального состояния зрительного анализатора и нервной системы, отражает текущий уровень активности ЦНС и зависит от лабильности нервных процессов.

Уменьшение значения КЧСМ свидетельствует о развитии утомления ЦНС и организма в целом (В.М. Волков, К.В. Голубцов, Л.Ф. Сайковская, Т.В. Тимченко и др.). Патология слуха способствует более напряженной зрительной работе, что приводит к снижению показателей КЧСМ у младших школьников.

Отличаются ли показатели лабильности нервной системы глухих людей от нормально слышащих, и как воздействуют умственные нагрузки разной длительности на состояние их ЦНС? Решение этих вопросов было целью нашего исследования.

Обследование проводилось в специальных детских учреждениях для детей с нарушениями слуха и обычных ДОО и школах Москвы. Взрослую группу составили студенты ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет» с патологией слуха и нормально слышащие. Контингент обследуемых представлен в табл. 1.

Таблица 1

Контингент обследуемых детей и взрослых

Группы обследуемых	Лица, имеющие		Возраст (лет)	Всего обследуемых
	патологию слуха	нормальный слух		
Дети	64	113	6—9	177
Взрослые	48	50	18—25	98

Методы и процедура исследования

КЧСМ определяли с помощью аппарата конструкции К.В. Голубцова, разработанного в Институте проблем передачи информации им. А.А. Харкевича РАН. Он представляет собой черный пластиковый корпус с мелькающим красным (зеленым) светодиодом в его центре. Частоту мельканий можно изменять (от 5 до 70 Гц). Исследовали поочередно каждый глаз.

Красный светодиод находился в непосредственной близости от тестируемого глаза. Второй глаз был закрыт. КЧСМ измеряли до и после кратковременной и длительной умственной работы. Кратковременной нагрузкой служила корректурная проба, длительной — учебные занятия в течение дня (у детей 3—4 урока, у взрослых — 6 ч учебных

занятий). За исходные величины принимали утренние показатели перед учебными занятиями.

Результаты исследования

Индивидуальные показатели КЧСМ варьировали в пределах от 20 до 56 Гц в детских и от 27 до 55 Гц во взрослых группах. Лабильность, определяемая по КЧСМ утром до занятий (исходный уровень), у большинства обследованных была сравнительно высокой (рис. 1). Однако глухих детей и взрослых с низкими значениями КЧСМ оказалось больше, чем детей и взрослых с такими же данными в контрольной группе.

Средние исходные значения у глухих детей и взрослых были достоверно ниже, чем у здоровых сверстников (табл. 2).

Лабильность нервной системы у глухих детей и взрослых

находилась на исходно более низком уровне, чем у нормально слышащих. Кратковременная и длительная умственная работа

вызвала однонаправленное снижение КЧСМ во всех возрастных группах, что свидетельствует о развитии утомления (рис. 2, 3).



Рис. 1. Исходные значения КЧСМ

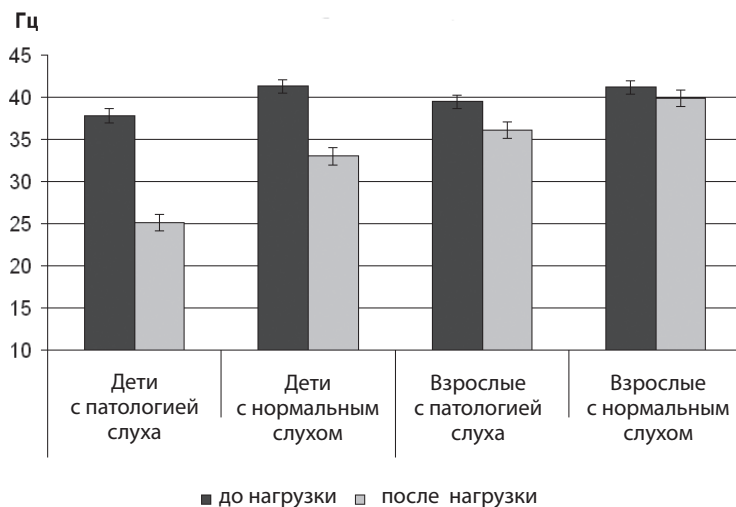


Рис. 2. Изменение средних показателей КЧСМ (Гц) под влиянием длительной умственной нагрузки (учебные занятия)

Таблица 2

**Средние значения КЧСМ до и после умственных
нагрузок разной длительности**

Время измерения	Дети		Р	Взрослые		Р
	С патологией слуха	С нормальным слухом		С патологией слуха	С нормальным слухом	
До занятий (исходные показатели)	$37,8 \pm 0,8$	$41,3 \pm 0,8$	$\leq 0,01$	$39,5 \pm 1,0$	$41,2 \pm 0,7$	$\leq 0,1$
После занятий (длительная нагрузка)	$25,1 \pm 1,1$	$33,0 \pm 0,8$	$\leq 0,01$	$36,1 \pm 0,9$	$39,9 \pm 0,7$	$\leq 0,01$
До кратковременной нагрузки (фон)	$31,1 \pm 1,0$	$37,2 \pm 0,8$	$\leq 0,01$	$40,1 \pm 1,0$	$41,6 \pm 0,7$	$\leq 0,1$
После кратковременной нагрузки	$25,7 \pm 1,0$	$32,9 \pm 1,0$	$\leq 0,01$	$38,4 \pm 0,9$	$40,7 \pm 1,0$	$\leq 0,05$

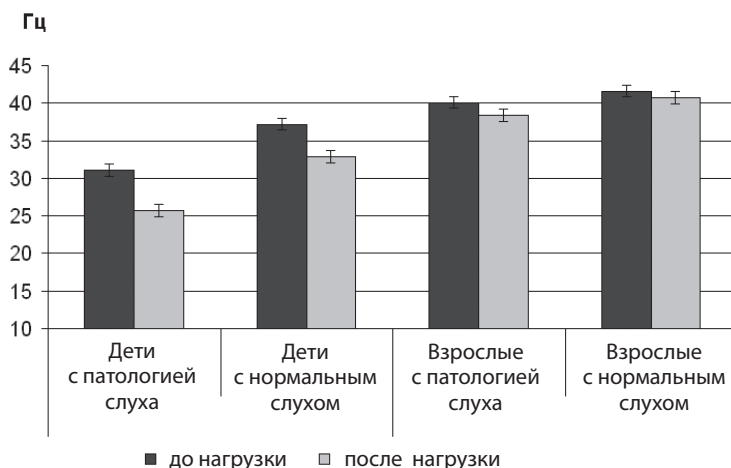


Рис. 3. Изменение средних показателей КЧМС (Гц) под влиянием кратковременной умственной нагрузки (корректурная проба)

У взрослых с нормальным слухом и его патологией в среднем снижение КЧМС было менее значительным, чем у детей. Полученные результаты изменения лабильности служат закономерной реакцией нервной системы на умственную работу разной длительности.

Однако было обнаружено, что снижение лабильности у детей и взрослых с патологией слуха более выражено, чем у их сверстников с нормальным слухом (табл. 3).

По результатам исследования можно сделать следующие выводы.

Нервная система детей и взрослых со слуховой патологией

характеризуется исходно более низким уровнем лабильности.

Значительное снижение лабильности в результате умственной работы разной длительности у глухих детей и взрослых по сравнению с нормально слышащими сверстниками свидетельствует о развитии большего утомления их нервной системы.

Глухота служит ограничивающим фактором для развития функциональных возможностей нервной системы в целом и, в частности, такого его свойства, как лабильность.

1. Нервная система детей и взрослых со слуховой патологией характеризуется исходно более низким уровнем лабильности.

Таблица 3

**Снижение средних показателей КЧСМ
под влиянием умственной работы разной длительности
(учебных занятий и выполнения корректурной пробы)**

Снижение значений КЧСМ	У детей, %		У взрослых, %	
	С патологией слуха	С нормальным слухом	С патологией слуха	С нормальным слухом
После учебной работы	На 34	На 20	На 9	На 3
После корректурной пробы	На 17	На 11	На 4	На 2

2. Значительное снижение лабильности в результате умственной работы разной длительности у глухих детей и взрослых по сравнению с нормально слышащими сверстниками свидетельствует о развитии большего утомления их нервной системы.

3. Глухота является ограничивающим фактором для развития функциональных возможностей нервной системы в целом, и в частности, такого его свойства, как лабильность.

Литература

Гозова А.П. Утомляемость глухих, работающих в условиях сильного шума // Психология глухих детей. М., 1971.

Голубцов К.В. и др. Мелькающий свет в диагностике и лечении патологических процессов зрительной системы человека // Ин-

формационные процессы. Т. 3. № 2.

Красноперова Н.А. Критическая частота слияния мельканий как показатель развития утомления при учебной нагрузке у глухих и слабовидящих детей 6—9 лет. Дефектология. 1998. № 2.

Тимченко Т.В. и др. Физиологические особенности индивидуальных алгоритмов профилактики зрительного утомления и нарушения зрительных функций у пользователей персональными компьютерами средствами физической культуры // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2009. № 6.

Сайковская Л.Ф. Результаты исследования частотных характеристик зрительной системы с использованием автоматизированного прибора // Бионика интеллекта. 2008. № 2 (69).

Популярные мифы о детских глазных заболеваниях

Робенкова Ю.П.,

*врач-офтальмолог, филиал № 4 ГБУЗ ДКЦ ДЗМ № 1,
Москва*

Аннотация. В статье раскрывается состояние аномалии рефракции в детском возрасте — астигматизм, описываются его основные виды, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.

Ключевые слова. Астигматизм, косоглазие, амблиопия, очковая и контактная коррекция, ортоптика, плеоптика, детская офтальмология.

Среди аномалий рефракции у детей чаще всего встречается астигматизм. Детский офтальмолог выявляет данную аномалию у воспитанников 9 мес. — 1 года при скиаскопии (мидриазе).

Астигматизм бывает гиперметропическим, миопическим и смешанным. Он может сочетаться с косоглазием и амблиопией. При выявленном астигматизме, равном одной диоптрии или более, назначают очки, даже если ребенку всего год. Ждать, когда малышу исполнится 3 года, и надеяться, что астигматизм уйдет, неверно.

Гиперметропический астигматизм имеет тенденцию к уменьшению с возрастом, но

этот процесс не быстрый, заканчивается к школе. За это время, если не проводить коррекцию очками и при необходимости — активную плеоптику, может развиться амблиопия, т.е. стойкое снижение зрения. Даже если ребенок, страдающий астигматизмом, имеет хорошее зрение, это не повод обходиться без очков.

Без коррекции хорошее зрение достигается за счет зон сетчатки, где кривизна роговицы меньше, чем более «крутая» оптическая зона, где зрение соответственно хуже. Такая адаптация совершенно не означает, что ребенок может прекрасно обходиться без очков. Частой причиной отказа от очковой коррекции

служит то, что кто-то из родителей в свое время в детстве тоже не захотел носить очки, и зрение не испортилось. Однако они путают свою гиперметропию, при которой зрение часто остается достаточно высоким, с астигматизмом, снижающим зрение, особенно, если его оставляют без коррекции.

У взрослых, рожденных в послевоенное время, часто встречается запущенная амблиопия. Это связано с тем, что в те годы их родители не могли уделить детям должного внимания, а кабинеты охраны зрения еще не были массово внедрены в систему образования и воспитания. Зрительная аномалия часто пропусклась, в результате зрение одного глаза, как правило, оставалось сниженным на всю жизнь.

Мы живем в более благополучное время, поэтому не стоит пренебрегать возможностями медицины, особенно в ущерб зрению детей.

Еще один популярный миф: в очках зрение ухудшается, и, однажды надев очки, ребенок без них уже не сможет обходиться, глаза должны тренироваться — видеть без очков. На самом деле такие «тренировки» приводят к тому, что острота зрения падает и даже с кор-

рекцией составляет 0,2—0,3. Затем необходимы длительная адаптация к очкам, аппаратное лечение, но даже контактная коррекция не всегда поможет улучшить ситуацию.

Следующий популярный миф: ортокератология (применение контактных линз во время сна) вредна для глаз. Это не так. Правильное ношение линз и уход за ними помогают остановить прогрессирование близорукости. Добиться такого эффекта с помощью даже хорошо подобранных очков нельзя.

В нашей практике были случаи, когда пациенты годами пытались лечить прогрессирующую миопию, многое перепробовав, напрасно потратив деньги и время, но помогли им лишь ночные линзы.

Еще один популярный миф: косоглазие не лечится. Это не так. Необходимо комплексное лечение, включающее очковую коррекцию, ортоптику и плезиоптику. Оно эффективно, если применять его, когда ребенку 3—5 лет. Иногда применяют и хирургическое лечение. Есть виды косоглазия, которые не лечатся, например вертикальное, но они встречаются редко и все равно требуют подбора индивидуальной схемы лечения.

Письмо в редакцию

Здравствуйте, уважаемая редакция. Я с большим интересом читаю материалы рубрики «Консультация педиатра». Мне бы очень хотелось получить разъяснение по следующему вопросу.

В настоящее время мой сын посещает старшую группу компенсирующей направленности для детей с ЗПР (второй год). В 4 года у него проявилось ярко выраженное заикание. На это обратили внимание и педагоги группы. У меня в детстве была аналогичная проблема, с которой я не смогла справиться в полной мере.

Логопед рекомендовала обратиться к детскому неврологу, чтобы уточнить картину нарушения и скорректировать свою работу, а также дать правильные ориентиры. Визит к специалисту поликлиники не дал необходимого результата. Врач сослался на наследственность, и никаких рекомендаций по данному вопросу больше не последовало.

Очень надеюсь получить грамотную консультацию специалистов, имеющих опыт работы с детьми с подобной проблемой. Спасибо.

Надежда Волкова

Ответ специалиста

Здравствуйте, Надежда! Спасибо за интерес к журналу «Медработник ДОУ». Мы постараемся ответить на Ваш вопрос.

Действительно, к сожалению, врачи и логопеды отказывают в лечении детям с заиканием, рекомендуя отложить его до более старшего возраста. Это грубейшая ошибка. При заикании лечение нужно начинать немедленно, как только оно возникло — в инициальной стадии.

При этом необходимо помнить, что заикание — проявление

неустойчивости процессов нервной деятельности или органического поражения нервной системы. Нельзя выказывать при ребенке своего волнения по поводу этого нарушения и употреблять в его присутствии слово «заикание». Нужно стараться говорить спокойно, не растягивая слова, но и не убыстряя темпа речи. Необходимо обеспечить ребенку максимум положительных эмоций: доброжелательное отношение со стороны взрослых, занятие любимым делом (музы-

кой, рисованием, танцами и т.д.), исключить чтение психотравмирующих книг и просмотр таких же фильмов, слишком возбуждающие игры. Последний совет требует уточнения. Многие специалисты рекомендуют детям, проходящим лечение, тотально щадящий режим, т.е. ограничение всех видов эмоционального воздействия. Они советуют совсем не читать ребенку книг, не водить его в театр, не разрешать смотреть даже детские телевизионные передачи, ограничить речь ребенка.

Теоретически совершенно согласна с этими рекомендациями. Нервную систему ребенка с заиканием необходимо максимально релаксировать. Однако сделать это часто не под силу ни специалистам, ни родителям. Ребенок не хочет молчать, ему нравится играть с любимыми игрушками, общаться с детьми, он любит развлечения. Запрет на эти действия — своего рода насилие, а именно этого нужно избегать. Значит, выход один: ослабить запреты и оберегать ребенка от отрицательных эмоций, умело направлять его поведение, находить не травмирующие нервную систему способы удовлетворения желаний. Такой подход направлен и на закаливание психики. Ограничение эмоциональных нагрузок не может продолжаться вечно, и как

только запрет будет снят, психика ребенка окажется под ударом.

Еще более сложная ситуация с наказаниями. Наказание может «сорвать» нервную систему и спровоцировать обострение заикания. Однако не наказывать ребенка — значит упустить время выработки соответствующих возрасту норм поведения. Приходится лавировать, искать золотую середину. Это сложно, но нужно набраться терпения. Чтобы у ребенка не создавалось впечатления безнаказанности, иногда можно сделать вид, что проступок не замечен. Если же нужно что-то запретить, нужно это сделать спокойно. Нервозность со стороны запрещающего непозволительна. В дальнейшем неприятный осадок от запрета родители могут восполнить лаской и другими проявлениями любви.

Ровное, спокойное, доброжелательное общение с ребенком — прекрасное средство лечения любого невротического состояния, в том числе и заикания. При благоприятном стечении обстоятельств оно может исчезнуть и никогда больше не возникать. К сожалению, бывает это не так часто, как хотелось бы. Тем не менее, главное — вовремя принять меры.

Основные приемы преодоления заикания в инициальной

стадии развития должны использоваться на фоне лечения, общеукрепляющих мероприятий, физических нагрузок. Физические упражнения в первую очередь должны быть направлены на выработку общей ритмической базы, от которой зависит режим функционирования регуляторных систем мозга. К видам движения, эффективным в этом отношении, относятся ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде и т.п. В таких видах движений есть общее: их ритм носит итеративный (последовательно-равномерный) характер, а способ осуществления отличается реципрокностью, т.е. поочередностью задействования конечностей и сторон тела. Это способствует «выравниванию» на элементарном, базисном уровне, оказывающем восходящее влияние на межполушарное взаимодействие. Необходимо, чтобы дозировка таких движений была значительной: у ребенка должны появиться признаки физической усталости, ослабляющей выраженность невротического компонента.

Нужно понимать, что само по себе заикание нервирует ребенка, мешает ему высказываться. Часто он чувствует беспокойство, волнение по этому поводу взрослых и пока еще бессознательно заостряет внимание на

отрицательных моментах речевого общения. Затем это «запавшее в память» беспокойство дает ростки будущего страха речи, дискомфорта речевого общения. Следовательно, не только взрослый (родитель), но и ребенок нуждается в мерах по профилактике искажений личности, предотвращению возможного образования невротических комплексов.

Лечение заикания должно быть комплексным. В нем должны участвовать: врач-психоневролог, назначающий необходимые лекарства, исходя из состояния нервной системы; врач-психотерапевт, использующий разные виды психотерапии; иглотерапевт, который воздействует на специальные точки (нервные узлы), снимает нервное напряжение; психолог, выявляющий слабые стороны характера ребенка, он корректирует их, учит общению в разных жизненных ситуациях; логопед, формирующий умения правильно дышать во время речи, говорить плавно и ритмично. Нельзя забывать и о том, что заикание — рецидивирующее заболевание. Оно часто сопровождается обострениями и может внезапно возникать, казалось бы, после полного его исчезновения.

Для устранения заикания применяются различные тех-

нические устройства. Их задача — изменить патологически закрепленные акустические характеристики речи заикающихся. В настоящее время известны четыре типа аппаратов, изменяющих эти характеристики путем воздействия на разные параметры речи: звукопроизношение, силу звука (в сторону звукоусиления), ритмические характеристики, а также с помощью использования «эхо»-эффекта.

Наиболее часто на практике используется последний способ. Существует аппарат «Эхо», основанный на принципе задержанной обратной связи, сформулированном в 1952 г. врачом Б. Лее. В 1959 г. Б. Адамчик предложил «Эхо-аппарат», модифицированный в 1965 г. Л.Я. Миссуловиным для коррекции речи русскоязычных заикающихся.

Суть метода состоит в использовании биологической обратной связи (БОС), которая проявляется в каждом акте живого организма. Она состоит в том, что в мозг обязательно поступают сигналы о результатах выполнения того или иного акта. Эффект обратной связи закрепляет как нормативные, так и патологические действия. Изменяя привычные параметры обратной связи, можно воздействовать и на сам выполняемый акт, в том числе и речевой. При

использовании аппарата «Эхо» заикающийся слышит через наушники собственную речь в отставленном режиме, т.е. не по ходу говорения, а через некоторое время. Это «сбивает» его с патологического стереотипа речи, и она «выравнивается». Длительность такого эффекта индивидуальна: у одних заикающихся она является стойкой, у других — недолговременной. На идее изменения патологического стереотипа говорения основаны и другие технические устройства.

Существуют различные школы логопедического воздействия при заикании, по концепции в значительной степени отличающиеся друг от друга. Так, одни специалисты считают, что обязателен «перевод» заикающегося на медленную, плавную речь — речь нараспев. Они мотивируют это тем, что, когда заикающиеся поют, они не заикаются. Только что ребенок или взрослый не мог сказать ни слова, но вот запел — и заикание исчезает. Объясняется это тем, что пение имеет четкий и, главное, повторяющийся (периодичный) ритм, заранее известный поющему, в отличие от речи, которая не имеет таких «подсказок». В ней ритм постоянно меняется, поскольку он сложнее музыкального. Приближая речь к пению — говоря

медленно и нараспев, заикающиеся существенно облегчают себе задачу. Однако они редко используют такую речь в жизни. Причиной этого служит то, что медленная речь не позволяет выразиться эмоционально, оставаться в речи самим собой, а постоянно «играть роль» очень трудно. Темп речи — одна из важнейших характеристик личности.

Еще один способ «обхода» запинок — ритмизированная речь, т.е. говорение с жестким слоговым или словесным ритмом, когда каждый слог или слово выделяется голосом, а их цепочки произносятся равномерно. Этот прием тоже «убирает» запинки, но так же, как и речь нараспев, малопригоден для жизни. Большое значение этому приему придают В.М. Шкловский и сотрудники Московского Центра патологии речи и нейрореабилитации.

Уважаемая Надежда. Что касается конкретно Вашего сына, то, к большому сожалению, дети начинают заикаться, подражая своим родителям. Это основной механизм передачи заикания от заикающихся родителей. Любое общение ребенка в раннем возрасте с заикающимся человеком, будь то родственник, знакомый или сверстник, может привести к заиканию. Это свя-

зано с функционированием так называемых зеркальных нейронов, которые одинаково возбуждаются как при выполнении каких-либо действий, так и при наблюдении за выполнением этого действия у другого человека. По статистике, участие зеркальных нейронов вызывает заикание у ребенка с большей вероятностью, чем генетическая предрасположенность. Эти нейроны особенно активны у детей в раннем возрасте с целью обучения и освоения новых навыков путем имитации. А поскольку ребенок учится говорить, в большей степени неосознанно имитируя речь окружающих, то нет ничего удивительного, что он может начать заикаться после общения с заикающимся человеком. Далее включается механизм нарушения синхронной работы речевых центров, который постепенно закрепляется. Более того, есть случаи, когда уже взрослые люди начинают заикаться после общения с заикающимся. И в большинстве случаев эта патология усиливается при общении заикающихся друг с другом.

Отрицательный результат обращения к специалисту не надо воспринимать как данность.

*Н.В. Земцева,
логопед-аффазиолог
РЦ «Три сестры»*

Социализация детей с синдромом Дауна средствами искусства

Бутко Г.А.,

*канд. пед. наук, доцент ГБОУ ВО МО «Академия
социального управления»;*

Галушка Л.Е.,

*магистр специального (дефектологического) образования,
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный
университет», Москва*

Аннотация. В статье раскрываются практические вопросы социализации детей с синдромом Дауна с использованием средств искусства. Затрагивается проблема комплексного подхода к развитию художественной деятельности детей с синдромом Дауна, организации их досуга и создания специальных условий для реализации творческого потенциала.

Ключевые слова. Дети с синдромом Дауна, социализация, социальное взаимодействие, артпедагогика, волонтерское движение, творческая деятельность.

Проблема социализации детей с синдромом Дауна, оказания им комплексной психолого-педагогической помощи в последние годы стала предметом пристального внимания ученых и практиков.

Интерес к ней связан во многом с наличием стойких негативных стереотипов в отношении возможностей развития таких воспитанников и отсутствием научно обоснованных данных о

возможностях их обучения и воспитания.

Семьи, в которых растут дети с синдромом Дауна, страдают от недостатка психолого-педагогической и социальной поддержки, а более всего — от негативного отношения общества к ним.

Синдром Дауна — одно из самых распространенных генетических нарушений. Ребенок с этой патологией может появиться

ся в любой семье, у родителей любых возраста, национальности, религии, социального слоя.

Синдром Дауна — распространенная генетическая аномалия, при которой у ребенка с момента зачатия в клетках присутствует лишняя хромосома. У некоторых детей, но не у всех, наблюдаются медицинские проблемы, которые могут повлиять на их развитие. Самые распространенные из них — гипотония, пороки сердца, нарушения слуха и зрения. Дети с синдромом Дауна имеют особенности; показатели их развития могут колебаться в очень широком диапазоне. Одни воспитанники в определенных сферах развиваются почти с такой же скоростью, как и их здоровые сверстники, другие сильно отстают почти во всех из них. Опыт свидетельствует о том, что дети с синдромом Дауна подвержены тем же благоприятным и неблагоприятным факторам среды, что и обычные воспитанники. В их числе: состояние здоровья, социальный уровень и положение в семье, пол, качество ухода со стороны родителей и обучения.

Перспективы развития ребенка с синдромом Дауна могут быть совершенно различными. До недавнего времени считалось, что они имеют тяжелую степень умственной отсталости

и, вырастая, становятся зависимыми людьми с серьезными ограничениями.

Существовала точка зрения, что только в редких, исключительных, случаях такие дети смогут немного научиться читать, выполнять простую работу и достичь некоторой доли независимости от помощи других. Однако с каждым годом появляется все больше и больше сообщений о молодых людях, которые живут самостоятельно, работают, учатся водить машину, выступают на сцене и успешно трудятся в самых различных сферах. Однако чтобы это произошло, необходимы гигантские усилия как со стороны семьи, так и со стороны учреждений, занимающихся обучением и воспитанием детей с синдромом Дауна.

В связи с принятием Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (2012), а также с введением федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (2015) дети с синдромом Дауна вступают в активные социальные отношения, поэтому очень важна работа по их социализации. В этом плане огромное значение приобретают средства искусства.

Внутренний мир ребенка с проблемами в развитии чрезвычайно сложен. В воспитании таких детей перед родителями и педагогами стоят нелегкие задачи: помочь увидеть, услышать, почувствовать многообразие окружающей среды, познать свое «Я», раскрыть его и войти в мир взрослых, полноценно существовать и взаимодействовать в нем. Средством, способным решить все эти задачи, служит искусство. Оно включает в себе художественно-эстетические, гуманистические, познавательные, нравственные ценности и способствует нравственному, духовному становлению личности.

В работе с детьми с синдромом Дауна искусство не только используется как средство их художественного развития, но и оказывает лечебное воздействие, выступает способом профилактики и коррекции нарушений. Поэтому в системе психолого-педагогической помощи этим детям ведущие специалисты в области специальной психологии и коррекционной педагогики (Л.Н. Комиссарова, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведева) выделяют два взаимосвязанных направления: артпедагогическое и арт-терапевтическое.

Пример удачной социализации людей с синдромом Дауна

средствами искусства — голландский оркестр Йостибэнд. В нем играют более 200 человек с этим нарушением разного возраста, живущих в специально построенном для них городе. Эта деятельность для них основная. Результат упорной работы — ежемесячный отчетный концерт. Он очень популярен, имеет государственные награды и финансируется из бюджета государства. Главное, что люди с синдромом Дауна живут полноценной жизнью благодаря постоянным репетициям и концертам.

Мы провели исследование особенностей социального взаимодействия детей с синдромом Дауна на базе Региональной общественной организации московской «Школы искусств "Мария"». В нем приняли участие 10 детей 7—10 лет с этим нарушением: по 5 мальчиков и девочек. Они были разделены на две группы. В первую вошли дети 7—8 лет, во вторую — 9—10 лет. Наш эксперимент длился 9 мес. Мы использовали индивидуальные и групповые формы работы.

Цель исследования — выявление исходного уровня развития творческих способностей детей с синдромом Дауна, чтобы дать им дополнительное образование, создать коллектив, участие в котором станет их главной деятельностью.

Для обследования творческого развития детей с синдромом Дауна мы использовали методики И.Ю. Левченко [2], Е.А. Стребелевой [8] и В.В. Ткачевой [9]. Применялись следующие методы изучения детей: беседы, наблюдения, изучение рисунков, анкетирование, экспериментирование.

При обследовании детей мы решали следующие задачи:

- выявляли способности к продуктивным видам деятельности: умения ориентироваться на листе бумаги, пользоваться карандашом, кисточкой и красками, использовать воду, узнавать и выделять объект, собирать его из готовых частей, выполнять узоры, используя элементы различных форм и цветов, создавать сюжетные композиции;
- определяли музыкальные и ритмические возможности: умения одновременно начинать и заканчивать песню, выполнять танцевальные движения по инструкции взрослого;
- изучали способность концентрировать внимание, умения выражать и обосновывать свои мысли.

По результатам исследования стало понятно, что у детей с синдромом Дауна отсутствовала или была очень слаба мотивация к работе и творчеству, плохо

сформированы навыки самообслуживания. У всех наблюдались эмоциональные и поведенческие проблемы. Дети испытывали трудности в выражении своих эмоций. Было выявлено, что 60% детей имеют низкий уровень социального взаимодействия, только у 40% этот уровень характеризовался как средний.

В связи с полученными результатами возникла необходимость разработки и апробации комплексного подхода к развитию творческих способностей детей с синдромом Дауна для их дальнейшей социализации. Он включает обучение музыкальной грамоте, художественному и актерскому мастерству. Участие в творческом процессе помогает детям с синдромом Дауна приобретать знания и использовать их на практике.

Только благодаря творчеству и через творчество ребенок с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) развивается, совершенствуется, проявляет себя как личность. У него формируются личностные ценности, чувство самоконтроля, раскрепощенность, решительность и смелость. Мы определили педагогические условия, необходимые для реализации комплексного подхода к социализации детей с синдромом Дауна средствами искусства:

- программно-методическое обеспечение воспитательного процесса;
- взаимодействие с родителями;
- включение детей с ОВЗ в социально значимые мероприятия;
- привлечение волонтерского движения в коррекционно-педагогическую работу. В программу комплексной социализации в школе искусств включены занятия музыкой, танцами, театральной и художественной деятельностью. Педагоги учитывают все особенности развития ребенка, создаются условия для развития его личности и самореализации.

Основные методологические подходы, реализуемые в программе:

- комплексный — общее физическое и разностороннее развитие эмоциональной, нравственной и познавательной сфер ребенка, формирование национальной культуры и предпосылок для учебной деятельности, сохранение и укрепление здоровья как главное условие социальной адаптации;
- деятельностный — включение ребенка в разные виды доступной ему музыкальной и другой творческой деятельности с целью активизации его разви-

тия и коррекции имеющихся нарушений;

— индивидуальный и дифференцированный — сбор сведений об индивидуальных и типологических особенностях развития детей-инвалидов для организации музыкальных, художественных и театральных занятий.

Цель программы: создание благоприятной среды, способствующей творческой самореализации детей с ОВЗ.

Задачи:

- формировать музыкальный, художественный вкус и эстетическое мировосприятие;
- осуществлять коррекцию нарушений эмоционально-личностного развития;
- развивать психические функции, необходимые для реализации творческого процесса.

Технической базой послужили учебные кабинеты для проведения занятий по изобразительной и художественной деятельности, а также кабинет для занятий танцами и музыкой, оснащенные соответствующей аппаратурой, музыкальными инструментами. Также использовались спортивный зал и спортивный инвентарь (мячи, обручи, скамейки и т.д.).

В процессе занятий применялись методические и наглядные пособия.

Техническое оснащение включало: компьютер, магнитофон, видеоманитофон, микрофон, мультимедийный проектор, экран.

В программе особое внимание уделено развитию эстетического восприятия, воображения, эмоциональным откликам ребенка.

Программа составлена таким образом, чтобы работа мозга активизировалась за счет творческого процесса. Во время рисования формируются мелкая моторика и речь, движения становятся более четкими и точными.

Педагоги школы, работая с детьми, проводят увлекательные и интересные занятия, выбирая нетрадиционные способы рисования, новые материалы, стараясь показать предварительно кино- или видеосюжеты по теме, а потом закрепляют навыки и умения на практике. Итог — эффективный результат, не зависящий от умений ребенка. При рисовании используются пальцы, ладони, различные предметы, тампонирование, монотипия, кляксография, рисование разноцветными нитками и свечами. Эти способы помогают развить внимание, воображение, зрительную координацию, умение выражать себя, а также способствуют поднятию настроения

и повышению качества жизни. Занятие лепкой воздействует на важные точки, расположенные на ладонях и подушечках пальцев. Они устраняют агрессивные реакции, снижают депрессивные проявления.

Дети учатся играть на разных музыкальных инструментах, применяя разные музыкальные жанры, направления и стили, что способствует развитию памяти, внимания и положительно влияет на здоровье и общее состояние детей.

С помощью танцев развиваются подвижность, пластичность и гибкость, снижается масса тела, поддерживается нормальное функционирование суставов, улучшается настроение. Танцы прорабатывают эмоциональные блоки и снимают мышечные застой, высвобождают застойную энергию и избавляют от некоторых заболеваний.

В каждый перерыв используется пальчиковая гимнастика, развивающая речь, мелкую моторику, творческую деятельность, внимание, вырабатывающая умение владеть своими движениями. Детям она очень нравится. Ребенок с ОВЗ, принимая участие в любом творчестве, проходит путь от интереса до профессионального самоопределения, успешно повышая свою самооценку, социализиру-

ясь, адаптируясь в этом не простом мире.

Взаимодействие с родителями подразумевает создание родительского клуба. При составлении его программы учитываются просьбы и запросы родителей для психологической помощи и поддержки семьи.

Цели клуба — просвещение и привлечение родителей к сотрудничеству, а также повышение их компетентности в вопросах воспитания и социальной адаптации детей с синдромом Дауна.

Задачи:

- формировать у родителей позитивное восприятие личности ребенка с нарушениями развития;
- расширять видение родителями своих воспитательных функций;
- знакомить с эффективными воспитательными приемами, необходимыми для коррекции личности ребенка;
- формировать мотивацию к взаимодействию с педагогами;
- расширять контакты с социумом;
- обеспечить возможность общения родителей, имеющих детей со схожими проблемами.

Очень важно также включение детей с ОВЗ в социально значимые мероприятия.

Цель этого направления работы — организация досуга таких детей.

Задачи:

- создавать комфортные условия, чтобы дети с синдромом Дауна не чувствовали себя изолированными от общества, не испытывали недостатка в общении;
- вовлекать детей с ОВЗ в позитивную деятельность, адекватную их возможностям, интересам и способностям;
- развивать навыки общения с детьми-инвалидами и нормально развивающимися сверстниками;
- организовывать участие детей с ОВЗ в различных творческих конкурсах;
- развивать толерантное сознание по отношению к детям-инвалидам.

Еще одно важное условие эффективной работы по социализации детей-инвалидов — включение волонтерского движения в коррекционно-педагогическую работу.

Волонтером может стать человек любого возраста по доброй воле. Все зависит от того, когда у него возникает желание или необходимость морального удовлетворения, которое приносит безвозмездная помощь. Волонтеры работают без оплаты за труд, это образ жизни, призвание, порыв души. Терпение

и уравновешенность, толерантность, справедливость — вот качества, требующиеся волонтеру.

Кто-то становится волонтером на один день, кто-то работает от полугода до двух лет. Волонтеры, работающие более пяти лет, полностью посвятившие себя любимому делу, становятся профессионалами и работают уже как специалисты.

Направления работы волонтеров:

- организация концертов, акций, мероприятий;
- защита окружающей природной среды;
- уборка территории;
- разъяснение о вреде потребления табачных изделий, алкоголя и наркотиков на здоровье человека;
- психологическая поддержка и помощь нуждающимся;
- помощь людям в преодолении жизненных трудностей на основе своего опыта.

Результат работы «Школы искусств «Мария»» по программе комплексной социализации — участие детей с синдромом Дауна и ОВЗ в городских, региональных Всероссийских и международных конкурсах и выставках.

Литература

1. *Левченко И.Ю., Киселева Н.А.* Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии. М., 2005.
2. *Левченко И.Ю., Ткачева В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. СПб., 2005.
3. *Левченко И.Ю. и др.* Патопсихология: теория и практика: Учебник для студ. учреждений высш. проф. образования. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2013.
4. *Медведева Е.А. и др.* Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании: Учебник для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. М., 2001.
5. *Медведева Т.П., Панфилова И.А., Поле Е.В.* Комплексное развитие детей с синдромом Дауна; групповые и индивидуальные занятия: Метод. пособие. М., 2004.
6. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: Метод. пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2004.
7. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. М., 2006.
8. *Стребелева Е.А. и др.* Специальная педагогика: Учеб. пособие. М., 2002.
9. *Ткачева В.В.* Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. М., 2014.

Методики раннего развития детей и социальные риски

Бурлакова И.И.,

*д-р пед. наук, профессор, ГАОУ ВО «Московский
государственный педагогический университет»,
Москва*

Аннотация. В статье анализируются популярные методики развития детей раннего возраста, даются рекомендации родителям по воспитанию и обучению ребенка, раскрытию его потенциальных возможностей.

Ключевые слова. Раннее развитие детей, просвещение родителей, методики: Монтессори, вальдорфская, Г. Домана, Н.А. Зайцева, П.В. Тюленева, С. Судзуки.

Термин «раннее развитие ребенка» появился сравнительно недавно. В России первыми экспериментаторами в этом направлении были Б.П. и Е.А. Никитины, создавшие методику раннего развития детей. В США большую популярность обрела система Г. Домана, в Италии — М. Монтессори, в Японии — Масару Ибука. Все эти люди сходились в одном: существующая система образования в корне неверна. Если с детьми заниматься с самых первых дней жизни, можно вырастить гения. И вот малыши учат иностранные языки, пра-

вила сложения дробей, проводят сложные химические опыты, в 7 мес. — складывают слово «мама» из кубиков Зайцева, в 3 года — играют на скрипке, в 5 лет демонстрируют перед камерой знание произведений У. Шекспира... Гениальность или дрессировка?

В последнее время появляется очень много информации о том, как вырастить гения. На этот вопрос Google выдает 330 тыс. ссылок. Открывая любую и следуя инструкциям. Цель данной статьи — анализ популярных методик развития детей. Однако нужно учитывать

тот факт, что многие методики «доморощенные» и не имеют глубокого научного обоснования, базируются на наблюдениях и эксперименте. Родителям следует быть очень осторожными, когда они принимают решение отдать ребенка в детский клуб с очень заманчивым названием («Маленький гений», «Детский университет», «Умный малыш» и т.д.).

Каждый ребенок потенциально одаренный. При благоприятных условиях, которые создаются для него в школе и дома, таланты можно развивать. 20 ноября отмечается Всемирный день ребенка — день мирового братства и взаимопонимания детей.

Обратимся к теории Ж. Пиаже, наиболее полно отражающей этапы интеллектуального развития ребенка. Он выделил три стадии развития:

- сенсомоторная (0—2 года) или дооперациональная (2—7 лет). В этот период формируется кинестетическая база знаний — впоследствии основа для дальнейших стадий развития (ребенку нужно все пощупать, попробовать на вкус, послушать);
- репрезентативного интеллекта и конкретных операций

(7—12 лет), когда ребенок разбирает / собирает вещи. Эта стадия необходима, чтобы перейти к этапу формальных, логических операций, которые сначала нужно проделать наглядно самому, чтобы потом не сомневаться (анализируя их в уме), что так оно и есть;

- формальных операций, или основы логики взрослого человека (12—17 лет). На этих операциях базируется элементарное научное мышление, работающее с помощью гипотез и дедукций. Абстрактное мышление представляет собой умение строить умозаключения по правилам логики, что позволяет подростку выдвигать гипотезы, проверять их на опыте, делать выводы. Основа интеллекта закладывается в первые годы жизни: от рождения до 5—6 лет, поскольку мозг растет и развивается в усиленном темпе только в самом раннем детстве. Вся информация, полученная в этот период, станет фундаментом для дальнейшей успешной жизни человека [2, с. 131—132].

Сегодня существует множество методик развития у ребенка интеллекта, памяти, творческих

способностей. Все они нацелены на максимальное раскрытие возможностей детей. Приведем краткий обзор наиболее известных из них.

Методика известного итальянского педагога *М. Монтессори* сначала использовалась для воспитания и образования детей, отстающих в развитии. После того как результаты работы с такими детьми оказались успешными, она решила перенести свой метод на здоровых детей. М. Монтессори считала, что каждый ребенок талантлив от природы. Взрослые должны помочь ему раскрыть свой потенциал, научить его самостоятельно познавать мир. Для этого необходимо создать специальную образовательную среду, в которой ребенок сможет и захочет проявить свои способности.

Педагогическая система Монтессори состоит из трех частей: ребенок, окружающая среда, педагог. В центре внимания — ребенок. В специально созданной среде он учится двигаться, ощущать мир, получать знания. Задача педагога — наблюдать за ребенком и создавать среду для его развития. По методике Монтессори развитие осуществляется в пяти областях: развитие

органов чувств, приобретение навыков практической жизни, родной язык, математика, космическое воспитание (основы физики, химии, географии, биологии) [1].

Вальдорфская методика — часть антропософского учения, созданного в начале XX в. австрийским ученым Р. Штайнером. У нее больше оппонентов, чем последователей. Например, представители Русской православной церкви довольно резко высказывались по поводу данной системы образования. В вальдорфской методике не принимается раннее интеллектуальное развитие. По этой системе образования обучение ребенка чтению и письму начинают не раньше десяти лет. Компьютер и Интернет не используются. Акцент в воспитании делается на развитие эмоционального состояния ребенка, его творческих способностей. Основные занятия: керамика, вышивание, музыка, драматизация. Предпочтение отдается самодельным игрушкам из природных материалов [4].

Методика педагога-новатора из Санкт-Петербурга Н.А. Зайцева, автора новых направлений в преподавании математики и грамматики. Ее главный прин-

цип — складовой: самой маленькой частицей речи в этой методике служит не буква, не слог, а склад, или усилие, которое мы делаем, когда произносим звук. Склады в таблицах и на кубиках различаются по цвету, размеру, объему, звучанию. Известное пособие Зайцева — «Кубики». Но также есть: «240 картинок для обучения письму, чтению, рисованию», «Читай и пой», «Пишу красиво». Автор создал методики обучения начальной математике, английскому языку. Сам Зайцев считает, что эту методику можно использовать для детей от 2 лет, и подходит она для работы в группе [4].

Методика П.В. Тюленева, социолога, педагога, президента Ассоциации педагогов-новаторов. Он создал «метод интеллектуального развития ребенка» («систему ускоренного обучения МИР»), согласно которому все применяемые рекомендации постепенно должны усложняться с первых недель жизни до совершеннолетия. П.В. Тюленев — автор книг: «Читать — раньше, чем ходить», «Считать — раньше, чем ходить», «Знать ноты — раньше, чем ходить», «Предпринимать — раньше, чем ходить». По мнению автора, чтобы обучить ребенка различным навыкам раньше,

чем он научится ходить, нужно создать соответствующую среду, начиная с рождения. У него есть много оппонентов, подвергающих сомнению эффективность такого быстрого развития. Также следует учитывать, что эта методика сравнительно нова, и говорить о ее результатах еще рано [4].

Методика Г. Домана, американского педиатра, создателя филладельфийского Института ускоренного развития ребенка (Better Baby Institute — BBI), основана на развитии у ребенка с рождения зрительных и физических способностей. Автор считает, что учеба эффективна только в период активного роста мозга (0—3 года).

Свою систему Г. Доман разработал для детей 2—4 лет. Ее цель — обеспечение воспитанникам неограниченных возможностей в жизни. Осуществление этой цели будет определяться тем, что выберет для себя ребенок, кем он решит стать. Г. Доман отдает предпочтение зрительному опыту как способу познания мира. Он рекомендует с первых дней жизни показывать детям серии карточек со словами, с точками (математика), изображением растений, животных и т.д.

У данной методики много противников, поскольку ребенок не участвует в самом процессе обучения, он лишь воспринимает информацию, а его творческие и исследовательские возможности не развиваются [4].

Методика С. Судзуки, японского скрипача, педагога, философа, основанная на развитии у ребенка музыкального слуха, получила название «Рождение таланта». Она родилась из наблюдений за тем, как дети изучают родной язык. С. Судзуки решил использовать метод обучения языку в обучении игре на скрипке. Он писал о том, что «музыкальность — это не врожденный талант, а способность, которая, как и всякая способность, может быть развита. Любой ребенок, обученный должным образом, может стать музыкальным — это не сложнее, чем научиться говорить на родном языке. Потенциал каждого маленького человечка неограничен» [3, с. 38].

Таким образом, несмотря на обилие информации необходимо целенаправленно просвещать родителей по вопросам обучения и воспитания собственных детей. Нужно учить их правильно общаться с детьми. Это гораздо важнее, чем обучение

иностранному языку или получение энциклопедических знаний. Гораздо лучше «перебарщивать» с методиками раннего развития, чем не заниматься с ребенком совсем. И если стоит выбор между занятиями иностранным языком и прогулкой, лучше выбирать совместное времяпровождение.

Родители должны быть готовы пройти с ребенком путь его развития. Только под руку с опытным наставником он сможет преодолеть препятствия и реализовать свои способности. Рядом с подрастающим гением должен всегда находиться эмоционально богатый и щедрый человек. З. Фрейд писал: «Уверенными шагами идет по жизни тот человек, который является безусловным любимцем своей матери».

Литература

1. *Монтессори М.* Впитывающий разум ребенка. СПб., 2009.
2. *Пиаже Ж.* Психология интеллекта. СПб., 2002.
3. *Судзуки С.* Вращенные с любовью: Классический подход к воспитанию талантов. М., 2005.
4. <http://psychok.net/detskaya-psikhologiya/649-umnyj-rebenok-ili-kak-vyrastit-geniya-vunderkind-i-chto-dlya-etogo-nuzhno>

Расстройства аутистического спектра как социальная проблема

Морозов С.А.,

*канд. биол. наук, директор Региональной
общественной благотворительной организации
«Общество помощи аутичным детям “Добро”»,
Москва*

Аннотация. В статье с позиции теоретического и научно-практического подходов раскрывается проблема аутизма. Рассказывается о диагностических критериях аутизма, особенностях поведения детей с расстройствами аутистического спектра и их социальной адаптации. Обсуждается вопрос толерантного отношения к воспитанникам с этим нарушением, а также описываются основные направления коррекционных программ. *Ключевые слова.* Ранний детский аутизм, расстройства аутистического спектра.



В ходе изучения эпидемиологии и генетики аутизма ученые обнаружили явление «генетического стоппинга»: если в семье первый ребенок страдал аутизмом, родители не решались на рождение последующих детей. В качестве причины такого решения — даже в странах с высокоразвитой системой социальной защиты населения — родители чаще всего называли трудности, связанные с воспитанием и обучением аутичного ребенка, его социализацией и социальной адаптацией.

В чем проявляются эти трудности и с чем они связаны?

Синдром раннего детского аутизма (РДА) был впервые описан в 1943 г. американским психиатром Лео Каннером, и с тех пор эта проблема привлекает к себе все большее внимание. Еще в конце 50-х гг. XX в. он не без иронии писал о том, что количество публикаций по аутизму едва

ли не больше, чем число людей с аутизмом, но это, по его мнению, не прибавило ясности в понимании проблемы. С тех пор прошло немало лет. Об аутизме стало известно много нового, но принципиальных, качественных изменений в решении проблемы не произошло. Тем не менее, интерес к ней не иссяк, он растет, и это отражает ее социальную значимость.

Современные официальные определения аутизма строятся на поведенческих характеристиках, но без учета причин (этиологии) и механизмов (патогенез) их развития. Например, очень характерные для этой патологии стереотипные движения могут быть следствием органического поражения центральной нервной системы, аффективных расстройств, психогенных воздействий и др. На поведенческом уровне данные различия не учитываются, но клинически, с точки зрения большинства психиатров и неврологов, это совсем не одинаковые явления. В результате под термином «аутизм» понимают клинически очень несхожие формы, и какие из них целесообразно относить к аутизму, а какие следует считать самостоятельными — предмет острых дискуссий специалистов.

Возникли даже терминологические изменения: оказалось, что

детский аутизм не обязательно «ранний» и может впервые проявляться клинически в 3—5 лет. Более того, согласно ведущим мировым диагностическим системам МКБ-10 и DSM-IV, можно говорить и об аутизме взрослых.

Клинически аутизм очень разнороден. К нему относят детский аутизм (F84.0), атипичный аутизм (F84.1) и синдром Аспергера (F84.5). Некоторые отечественные специалисты выделяют психогенные формы аутизма. В то же время, с чисто практической точки зрения, в коррекционной работе с детьми с различными формами аутистических расстройств есть немало общего, и как своеобразный компромисс между теорией и практикой возник термин «расстройства аутистического спектра», объединяющий все их варианты.

Вместе с тем хотя ведущие коррекционные подходы в чем-то действительно близки на уровне принципов и основ, непосредственные условия, способы и формы их применения очень разные, количество подходов и их модификаций очень велико. В XXI в. их около ста.

Для специалистов и родителей детей с РАС это оборачивается трудностями в выборе оптимального коррекционного подхода, который мог бы при-

вести к возможно более высокому уровню социализации или социальной адаптации ребенка с аутизмом, и мешает возможно более раннему началу коррекционной работы с использованием методов, адекватных особенностям его развития.

Если в семье есть ребенок с аутизмом, это всегда создает множество проблем и для тех семей, чей социальный и экономический статус весьма высок. Прежде всего это относится к обучению и воспитанию детей с РАС: их качеству, условиям и даже самой возможности получать образование, соответствующее их особенностям. С возрастом появляются проблемы приобретения профессии и трудоустройства, создания достойных условий жизни — особенно для тех, чей уровень социальной адаптации, несмотря на все усилия, остался не столь высоким, чтобы жить самостоятельно и независимо. Реально такие сложности связаны не только с проблемами человека с аутизмом, но и с отношением к нему и его семье общества и государства.

Существует множество государственных и негосударственных структур, предлагающих услуги по обучению и воспитанию детей с РАС. Как сказал один высокий чиновник от образования,

сейчас только очень ленивый не занимается коррекцией аутизма. Однако качество предлагаемых услуг оказывается самым разным: от высочайшего профессионализма до откровенных профанации и обмана.

В любом случае отношения родителей с организациями или частными лицами, предлагающими медицинскую или психолого-педагогическую помощь при аутизме, должны строиться на законных основаниях. Например, решаясь использовать оригинальный метод лечения (или коррекционной работы) аутизма, нужно убедиться, что он сертифицирован и может применяться именно при РАС, выяснить, каковы его ожидаемые результаты и возможные осложнения и т.д. Все эти моменты должны быть выяснены до начала лечения, а если это платная услуга, то обязательно отмечены в договоре. Не следует забывать и об ответственности специалиста в случае негативных результатов воздействия. К сожалению, в современной России «мода на аутизм» нередко отражает превышение спроса над предложением. Любой экономист скажет, что это не благоприятствует повышению качества предлагаемых услуг.

Как связаны клинико-психологические особенности аутизма

и возникающие в связи с ними социальные проблемы? На что конкретно следует направлять усилия, чтобы их преодолеть? Вряд ли сегодня кто-то может дать исчерпывающие ответы на эти вопросы, но совершенно очевидно, что их решение невозможно без соответствующего правового и юридического обеспечения, которое, если говорить об аутизме как о специальной проблеме российского образования и здравоохранения, скорее, отсутствует. Тем не менее, чтобы создавать систему помощи лицам с аутизмом, нужно хорошо знать, на какие российские и международные правовые документы могут опираться в своей деятельности родители и родительские организации, представляющие права детей с аутизмом, а также заинтересованные специалисты.

В этих вопросах компетентность большинства родителей явно недостаточна. Поднять уровень правовой грамотности родителей — важная, но никак не единственная задача. Еще важнее убедить их в том, что, получив отказ в помощи (пусть даже много раз), нельзя опускать руки, прекращать усилий: даже существующее законодательство дает в принципе немало возможностей сделать жизнь детей, подростков и взрослых с РАС лучше.

Более 70 лет в нашей стране родителей учили полагаться и надеяться прежде всего на государство. Не будем вспоминать, как воплощались эти надежды в жизнь, но ситуация, многие годы не вызывавшая оптимизма, начинает меняться.

Улучшилась диагностика РАС, родителям предлагают различные схемы медикаментозного лечения (иногда даже сертифицированные), некоторые психиатры, следуя заветам Г.Е. Сухаревой, понимают значение психолого-педагогической коррекции и комплексности воздействия.

В 2002 г. Минобразования России опубликовало «Методические рекомендации по организации центров для детей с аутизмом» как дополнение к Постановлению Правительства РФ от 31.07.1998 № 867 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи». Это первые официальные документы в отечественной системе образования, прямо посвященные коррекции детского аутизма.

В 2005—2007 гг. была проведена большая работа по подготовке «Изменений в текст Закона Российской Федерации “Об образовании”» по вопросам

образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (специального образования)», в ряд статей которого вошли основанные на современных достижениях науки положения о специальных (коррекционных) образовательных *учреждениях* для детей с РАС. Состоялось несколько общественных слушаний, но до официальных слушаний в Госдуме дело так и не дошло.

Социальная значимость проблемы аутизма становится все более очевидной для всех заинтересованных сторон. Об этом говорит быстрый рост числа родительских общественных объединений: с 2002 по 2007 г. их количество увеличилось вдвое и перевалило за двадцать, их география охватывает почти всю страну. В апреле 2006 г. состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Организация психолого-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра», в которой приняли участие более 120 участников из 29 регионов. Они представляли родительскую общественность, государственные структуры (Минобрнауки РФ, Аппарат Уполномоченного по правам человека в РФ), высшие педагогические учебные заведения, российские и международные благотворительные ор-

ганизации. Итоговые документы конференции были направлены Президенту РФ, Председателю Правительства РФ и спикеру Госдумы.

Проблема прав детей с аутизмом затронута в специальном докладе Уполномоченного по правам человека в РФ «О соблюдении прав детей-инвалидов в Российской Федерации». Одно из приложений к нему — «Положение детей с расстройствами аутистического спектра в Российской Федерации».

Начиная с 2007 г. развитие помощи детям с аутизмом входит в Федеральную целевую программу «Дети России» (подпрограмма «Дети и семья», направление «Семья с детьми-инвалидами»). Первым проектом стали «Методики по технологии комплексной реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов с расстройствами аутистического спектра в условиях семьи», и есть уверенность, что эти разработки повлекут за собой появление важных нормативных документов.

Современное государство переходит от деклараций к делу медленно, часто совершает непонятные шаги типа упразднения Управления специального образования Минобрнауки России или принятия Федерального закона от 22.08.2004 №122-

ФЗ с очень длинным и сложным названием, но известного в народе как «Закон о монетизации льгот». Последний фактически свел на нет возможность помощи детям-инвалидам в негосударственном секторе, подтолкнул к увеличению доли платных образовательных услуг.

Обучение и воспитание детей с особыми образовательными потребностями в круг платных услуг официально не входят, но и аутизм не включен в перечень нарушений развития, предусматривающих создание специальных (коррекционных) образовательных структур. Результат: нет детских садов и школ, где условия воспитания и обучения соответствовали бы особенностям детей с РАС; нет профессионалов, подготовленных специально для работы с аутичными детьми; нет системы специализированной помощи. При этом частота встречаемости РАС выше, чем изолированных глухоты и слепоты вместе взятых, синдрома Дауна или детских онкологических заболеваний, и все увеличивается.

Несмотря на то что, согласно официально принятой МКБ-10, диагноз «аутизм» может быть установлен в любом возрасте, и что у взрослых проявления РАС хотя и меняются, но в основном носят тот же характер.

В 18 лет диагноз пересматривается (на тот или иной вариант шизофрении, шизоаффективное расстройство, шизоидную психопатию, умственную отсталость и др.), и наблюдение за социально-экономическим положением инвалидов по аутизму, оценка пролонгированных результатов как коррекционных воздействий, так и их отсутствия, становятся невозможными: после 18 лет аутизм в России «исчезает».

Заставить государственные структуры делать что-то действительно полезное для детей с аутизмом или, как говорят социологи, «сформировать социальный заказ» могут, в конечном счете, только родители, поскольку только им их дети по-настоящему дороги, только они прежде всего ответственны за их будущее и только их это будущее действительно глубоко тревожит, по крайней мере, должно тревожить.

Почти двадцатилетний опыт работы в Обществе помощи аутичным детям «Добро» показывает, что одной из главных причин крайне неудовлетворительного состояния помощи лицам с аутизмом в России является недостаточная активность их родителей. Почему так происходит — понятно: это безразличие или беспомощность чиновников,

усталость от многолетних поисков хоть какого-нибудь выхода, для большинства — тяжелые социальные и экономические проблемы, и вряд ли у кого-то повернется язык в чем-то обвинять родителей детей с аутизмом. Но детям от этого не легче, их проблемы решать необходимо в любом случае. Это реальность, без учета которой строить перспективы на будущее просто невозможно.

Еще одна сторона проблемы — низкий уровень толерантности в российском обществе. Поведение детей с аутизмом своеобразно и часто не соответствует общепринятым представлениям о том, как надо вести себя в социуме, и общество в меру отсутствия толерантности отталкивает, вытесняет ребенка с аутизмом, его семью.

Вице-президент Всемирной аутистической организации (WAO) Пол Шаток, отец ребенка с аутизмом, сказал, выступая на одной из международных конференций: «Если к вам в гости ходят только те семьи, в которых есть дети с аутизмом, значит, и у вашего ребенка тоже аутизм», «От нас отвернулись все, когда нашему сыну поставили диагноз “аутизм”, мы остались как бы в одиночестве», — говорит Дуг Флути, бывший капитан национальной сборной США по

бейсболу, человек очень популярный в своей стране и весьма состоятельный. Он не только спонсировал создание фильма «The First Signs» («Первые знаки») о ранней диагностике аутизма, но и снялся в нем вместе с сыном и женой, иначе говоря, старался способствовать формированию толерантного отношения к лицам с аутизмом, помочь решению проблемы аутизма в стране. Большинство родителей, у которых есть дети с аутизмом, не смогли бы поступить так же, как Дуг Флути. Их трудно осуждать: уровень толерантности в российском обществе невысок, слишком долго отклонения в умственном и физическом развитии служили (а нередко служат и сейчас) причиной для различных видов дискриминации. Позиция: «Если не я, то кто?» — редкость. Но, как говорится, под лежащий камень вода не течет.

Литература

- Морозов С.А.* Детский аутизм и основы его коррекции (материалы к спецкурсу). М., 2002.
- Морозов С.А.* Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. М., 2014.
- Морозов С.А.* Современные подходы к коррекции детского аутизма (обзор и комментарии). М., 2010.

Организация работы с младшими школьниками с РАС в общеобразовательном учреждении

Кудрина Е.П.,

*учитель начальных классов МБОУ «СОШ № 10»,
г.о Кашира Московской обл.*

Аннотация. В данной статье рассматриваются методы и приемы работы с младшими школьниками с расстройством аутистического спектра, направленные на улучшение развития коммуникации и социальных навыков, а также психолого-педагогическая характеристика детей этой группы.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра, инклюзивное образование, единый алгоритм урока, визуальное расписание, ресурсный класс.

В настоящее время инклюзивное образование развивается достаточно интенсивно. Еще 20 лет назад дети с расстройством аутистического спектра (РАС) считались необучаемыми, они не могли получить образование, с ними не проводилась коррекционная работа. Сейчас у них появилась возможность адаптироваться в окружающем мире. Но для этого надо как можно раньше начать кропотливую коррекционную работу, которая позволит им жить в обществе, обучаться в образовательных учреждениях.

РАС характеризуются нарушением развития коммуникации и социальных навыков, аффективными расстройствами и трудностями в развитии активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, установкой на сохранение постоянства в окружающем и стереотипности поведения. РАС связаны с системным нарушением психического развития. Для этого нарушения характерны недостаточная развитость крупной и мелкой моторики, плохая координация движений, трудности в усвоении

навыков самообслуживания, задержка становления речи, ее нечеткость, неартикулированность, бедность активного словаря.

Вне зависимости от этиологии степень нарушения (искажения) психического развития при аутизме может сильно различаться. У многих детей с РАС диагностируется легкая или умеренная умственная отсталость. Вместе с тем РАС обнаруживаются и у воспитанников, интеллектуальное развитие которых оценивается как нормальное и даже высокое. Нередки случаи, когда дети с выраженным аутизмом проявляют избирательную одаренность.

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с РАС

Различают четыре группы детей с РАС. Рассмотрим четвертую группу, в которую входят учащиеся с легкой степенью аутизма. Дети хотят вступать в контакт с окружающим миром, но испытывают трудности в этом.

Дети этой категории испытывают трудности с произвольной организацией, но в принципе она им доступна. Они быстро устают, могут истощаться и перевозбуждаться, имеют выраженные проблемы организации внимания, сосредоточения на речевой инструкции, ее полного понима-

ния. Для них характерна задержка в психоречевом и социальном развитии. Трудности взаимодействия с людьми и меняющимися обстоятельствами проявляются в том, что, осваивая навыки взаимодействия и социальные правила поведения, дети стереотипно следуют им и теряются при требовании их изменения. Наблюдаются задержка эмоционального развития, социальная незрелость, наивность.

Аутизм в данном случае выступает не как защитная установка, а как лежащие на поверхности трудности общения, ранимость, тормозимость, проблемы организации диалога и произвольного взаимодействия. Дети тревожны, у них легко возникает чувство сенсорного дискомфорта. Они могут испугаться в случае нарушения привычного хода событий, растеряться при неудаче и возникновении препятствия. Однако дети этой группы ищут помощи близких, сильно зависят от них, нуждаются в постоянной поддержке. Стремясь получить одобрение и защиту, они становятся слишком зависимыми: ведут себя чересчур правильно, боятся отступить от выработанных и зафиксированных форм поведения. В этом проявляются их типичные для любого аутичного ребенка негибкость и стереотипность.

Характерны неловкость крупной и мелкой моторики, некоординированность движений, трудности усвоения навыков самообслуживания, задержка становления речи, ее нечеткость, неартикулированность, бедность активного словарного запаса, поздно появляющиеся аграмматичные фразы, медлительность, неровность в интеллектуальной деятельности, недостаточность и фрагментарность представлений об окружающем мире, ограниченность игры и фантазии.

В отличие от детей третьей группы, достижения учащихся этой категории больше проявляются в невербальной области, в конструировании. Может наблюдаться парциальная одаренность, которая имеет перспективы плодотворной реализации. В зависимости от уровня интеллектуального развития обучающиеся этой группы могут осваивать варианты 8.2 или 8.1 образовательной программы.

Педагог, работающий с обучающимися с РАС четвертой группы, должен:

— установить доброжелательные, доверительные отношения с родителями, попросить их рассказать о ребенке, его особенностях, о том, что ему нравится, а что нет, его интересах, увлечениях. Это поможет быстрее установить

контакт и наладить взаимодействие с ребенком;

— тактично рассказать детям о том, что у их одноклассника есть особенности, из-за которых он иногда ведет себя не так, как принято;

— помнить о том, что дети с РАС острее, чем другие люди, воспринимают происходящее, не любят перемен, а резкие звуки или изменение обстановки могут их напугать и вызвать бурную, иногда непредсказуемую реакцию;

— рассказать детям об особенностях коммуникации ребенка с РАС: если он не смотрит на вас, когда вы к нему обращаетесь, это еще не значит, что вы ему безразличны;

— при необходимости организовать для ребенка особое рабочее место (например, предоставить ему отдельную парту), поскольку часто дети с РАС больше, чем другие люди, нуждаются в уединении;

— при необходимости помочь детям с РАС подойти к другим детям, включиться в игру: им труднее, чем обычным детям, сделать это самостоятельно. Вместе с тем не следует пытаться вовлекать ребенка в игру против его желания: некоторым из них бывает трудно участвовать в спортивных

соревнованиях, подвижных играх;

- тактично, с соблюдением этических норм и прав ребенка, предоставить родителям других учащихся информацию о РАС: часто негативные реакции родителей бывают вызваны необоснованными опасениями за собственных детей, большинство которых обусловлено отсутствием знаний об аутизме;
- вовлечь ребенка в процесс обучения в классе, организовать посещение уроков музыки и физкультуры вместе со всеми детьми, затем по мере привыкания добавить еще уроки технологии и изобразительного искусства;
- использовать опорные таблички на доске для четкого понимания структуры урока;
- создать ресурсный класс, где будут организована индивидуальная работа с педагогом-дефектологом и проводиться уроки русского языка, математики и др.;
- при необходимости организовать работу тьютора или ассистента до тех пор, пока ребенок не привыкнет к режиму и не сможет самостоятельно находиться в школе;
- вести дневник или тетрадь, где будут описываться личные достижения обучающегося.

Методы и приемы работы с детьми с РАС четвертой группы

- *Налаживание эмоционального контакта*

Трудности в работе с ребенком с РАС возникают у педагога уже при первом знакомстве. Обычной оказывается ситуация, когда обучающийся либо не обращает внимания на присутствие нового взрослого, либо становится напряженным и агрессивным. К такой реакции необходимо быть готовым заранее. При этом следует четко представлять психологические причины подобного поведения. Появление незнакомого человека привносит в жизнь ребенка с аутизмом элемент неизвестности, который вызывает у него дискомфорт и страх. Ему потребуется время, чтобы освоиться в новых условиях, привыкнуть к педагогу. Чтобы завоевать доверие ребенка, наладить с ним контакт, можно проводить сенсорные игры.

Сенсорными условно называются игры, основная цель которых — формирование новых чувственных ощущений: зрительных, слуховых, тактильных, двигательных, обонятельных и вкусовых. Если удастся связать приятное переживание, возникающее у ребенка с РАС при получении нового сенсорного

ощущения, с образом конкретного человека, он проникнется к нему доверием, начнет видеть в нем союзника. В этом случае можно говорить об установлении эмоционального контакта.

Пример сенсорных игр приведен ниже.

Игры с пластичными материалами (пластилином, тестом, глиной)

Приготовьте один брусок пластилина и покажите ребенку основные приемы лепки: *обобщивание, скатывание шариков* круговыми движениями и раскатывание колбасок движениями вперед-назад (на плоскости стола или между ладонями), *разрезание бруска на более мелкие кусочки* при помощи стеки.

Предложите ребенку выполнить эти приемы самостоятельно (сначала действуйте его руками, если он не будет сопротивляться). Когда обучающийся усвоит эти несложные приемы, можно будет приступать к лепке из пластилина разного цвета.

Выбирая общие занятия, надо также исходить из интересов и возможностей ребенка, предлагая ему те из них, к которым он привык и в которых чувствует себя успешным. При этом неразумно сразу пытаться отделить его от близких. На занятиях могут присутствовать родители.

Ведь их отсутствие может стать источником тревоги, что сильно затруднит установление эмоционального контакта с ним.

• Создание единого алгоритма урока, визуального расписания

Для продуктивного обучения детей с РАС очень важно соблюдать некоторые принципы построения урока. Первое обязательное условие — наличие четких границ занятия. Для этого рекомендуется вводить единые ритуалы начала и окончания урока. Недопустимо плавное «перетекание» перемены в урок, поскольку это не дает возможности вовремя переключиться, настроиться на другую деятельность. В начале обучения детей с РАС очень важно использовать единый алгоритм урока по тому или иному предмету. Это означает, что первое время каждый урок должен содержать в себе единые структурные компоненты (например, проверка выполнения домашнего задания, подача нового материала, самостоятельная работа, объяснение домашнего задания).

Со временем в устоявшуюся структуру урока можно включать новые элементы: работу в парах, у доски, над проектом и т.д. Для детей с РАС очень важно наличие визуальных стимулов. Поэтому рекомендуется применять визуальное расписание

дня и алгоритм урока. Визуальное расписание поможет ребенку четко понимать, сколько заданий будет на уроке, какова последовательность заданий, когда ожидается перерыв. Это позволит ему внутренне подготовиться к смене деятельности, понять, когда закончится тот или иной этап.

В период обучения с использованием расписания необходимо помнить о том, что оно неизменно, и все пункты, внесенные в него, должны быть выполнены. Недопустимо изменять расписание без уважительной причины. Однако бывают случаи, когда это неизбежно. Например, ученики знают, что сегодня по расписанию рисование, а педагог только что сообщил о своей болезни.

Как же сообщить об этом учащемуся с РАС? Во-первых, необходимо заранее сделать карточку, картинку или фотографию, которая будет символизировать подобные изменения («больной человек, лежащий в постели»; много машин, стоящих в ряд, — «пробка» и т.д.). Во-вторых, если возникает необходимость изменить расписание уроков, нужно вместе с учениками внести корректировки: взять карточку события, которого не будет; найти карточку с изображением события, которое его заменит, внести

изменения. Все производимые действия учитель проговаривает вслух.

- *Использование схем, опор, наглядных материалов для лучшего усвоения материала*

Дети с РАС лучше усваивают учебный материал, если он представлен в виде схем, алгоритмов и таблиц (фото 1). Поэтому пространство вокруг доски должно быть оформлено таким образом, чтобы каждый урок мог сопровождаться демонстрацией адекватных наглядных пособий, но не было перегружено информацией. Учащиеся должны видеть материалы, нужные им в данный момент на конкретном уроке. Соответственно необходимо, чтобы учителя могли быстро заменить одни наглядные материалы другими. Для этих целей удобно использовать пробковые доски (расположенные слева и справа от школьной доски). Школьная доска должна быть магнитной, над ней — располагаться приспособления для крепления плакатов, географических карт и других наглядных учебных материалов. Как правило, внимание учащихся больше привлекают те материалы, в создании которых они сами принимали участие. Это также эффективный метод усвоения и закрепления информации.



Фото 1. Использование наглядного материала на уроке

- *Создание ресурсного класса*

Пространство класса для детей с РАС рекомендуется разделить на учебную (фото 2) и свободную зоны. В свободной зоне должны находиться общий стол, шкаф с играми, мини-библиотека, ковер или маты, на которых можно сидеть или лежать. Это дает возможность проводить часть занятий, если позволяет содержание урока, за общим столом или на полу, помогает справиться с трудностями удержания позы за партой в течение 40—45 мин, варьировать длительность учебной нагрузки. В этой зоне можно читать лите-

ратуру, играть в настольные познавательные игры; заниматься другими видами деятельности, не требующими сидения за партами.

Свободная зона — место, где быстро истощаемые дети могут отдохнуть, полежать, расслабиться. Мебель для обучающихся с РАС должна быть максимально комфортной. Парты и стулья подбираются по росту детей. Желательно иметь парты с регулирующимся углом наклона столешницы.

Часто дети с РАС испытывают организационные трудности при подготовке к уроку. Умение



Фото 2. Учебная зона ресурсного класса

готовиться к уроку нужно формировать не только в школе, но и дома. Можно укрепить на парте подставку для карандашей, в которой постоянно будут находиться письменные приборы и чертежные инструменты. Необходимо следить, чтобы на поверхности парты во время урока у ребенка с РАС не было лишних предметов, отвлекающих внимание: только то, что требуется на данном уроке.

- *Организация перемены*

На переменах совместная работа специалистов строится на максимальном социальном сбли-

жении детей со сверстниками и взрослыми. С этой целью организуются различные подвижные игры, совместное оформление стенда «Мой класс», коллективное обсуждение творческих работ.

Занятия в малых группах проводятся для развития социальной адаптации посредством ролевых игр: «Продавец — покупатель», «Доктор — пациент». Перемены предназначены не только для восстановления детьми сил или выброса накопившейся энергии, но и для приобретения навыков взаимодействия, формирования

умения правильно вести себя по отношению друг к другу.

Навыки коммуникации и социализации прекрасно формируются при организации дежурства по классу и школе, если учитель работает в этих направлениях.

- «У тебя нет карандаша? Подожди к Васе и попроси у него запасной. Ты помнишь, как это нужно сделать, или тебе нужна помощь?»

- «Наташа забыла, где в нашей школе находится библиотека. Кто может ей помочь? Расскажи, как вы туда пойдете? А теперь проводи, пожалуйста, Наташу в библиотеку».

- «Мы идем в школьный буфет, и каждый из вас попробует самостоятельно купить то, что ему хочется. Вспомните, что нужно сказать и сделать при покупке. (*«Дайте мне, пожалуйста, булочку».* Не забыть отдать деньги и забрать сдачу. Проверить, правильно ли дали сдачу.)

Очень важно, отработав какой-либо навык в одной ситуации, попробовать перенести его в другую ситуацию. Например, если ребенок научился покупать булочку в школьном буфете, предложить родителям попробовать сделать это в магазине. Если он научился самостоятельно пользоваться школьным туалетом, предложить ему сделать то

же самое на экскурсии или при походе в театр.

Создание условий для адаптации детей с РАС к школе дает им возможность быть успешными не столько в обучении, сколько в общении и взаимодействии с участниками образовательного процесса: учителями, детьми, родителями. Специалисты, работающие с обучающимися с аутизмом, должны постоянно помнить о необходимости развития у них навыков коммуникации и социализации как во всех видах учебной, так и во внеучебной деятельности.

Литература

Как работает уникальный класс для детей с аутизмом в Воронеже // <https://www.ufa.kp.ru/daily/26540.4/3556743/>

Методы, приемы и формы работы с детьми с расстройствами эмоционально-волевой сферы // http://www.muko.edusite.ru/DswMedia/_lekcija_54agafonovoi_el_.pdf

Обучение детей с расстройствами аутистического спектра: Метод. рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. АLEXИНА; Под ред. Н.Я. СЕМАГО. Серия «Инклюзивное образование». М., 2012.

Структурированное обучение детей с аутизмом // <https://infourok.ru/strukturirovanoe-obuchenie-detey-s-autizmom-1511181.html>

Наглядное моделирование в работе по развитию связной речи у старших дошкольников с ОНР

Крутикова Т.Н.,

учитель-логопед МБДОУ д/с № 100 «Рябинушка»;

Белая С.Г.,

*зам. заведующего по воспитательной
и методической работе МБДОУ д/с № 52,
г. Таганрог Ростовской обл.*

Аннотация. В статье представлено использование метода наглядного моделирования в работе по развитию связной речи у старших дошкольников с общим недоразвитием речи.

Ключевые слова. Развитие связной речи, общее недоразвитие речи, наглядное моделирование.

Учите ребенка каким-нибудь неизвестным ему пяти словам — он будет долго и напрасно мучиться, но свяжите двадцать таких слов с картинками, и он усвоит на лету.

К.Д. Ушинский

Ускоренный темп технологического и гуманитарного развития современного общества требует не только от взрослых, но и от детей умения содержательно и понятно излагать свои мысли и идеи. В связи с этим очень важно формировать у дошкольников связную речь, т.е. умения четко, логично, последовательно рас-

сказывать о событиях и явлениях, легко объединяя отдельные предложения в одно смысловое и структурное целое. Особенно это актуально для детей с общим недоразвитием речи (ОНР).

Связная речь — развернутое изложение определенного содержания, которое осуществляется логично, последовательно и точ-

но, грамматически правильно и образно [8]. Она играет большую роль в общении ребенка со сверстниками и взрослыми. Связная речь служит показателем того, насколько воспитанник владеет лексикой родного языка, отражает уровень его эстетического и эмоционального развития.

По мнению Т.С. Анисимовой, педагогическое творчество становится обязательным условием и показателем образовательного процесса. Хорошее владение устной речью, ее использование для выражения своих мыслей, построение речевого высказывания — целевые ориентиры на этапе завершения дошкольного образования [1].

Долгое время в педагогической науке уделялось много внимания развитию у дошкольников навыка пересказа. Вместе с тем остались без внимания такие вопросы, как уровень развития связной речи и формирование у детей умений оценивать различные ситуативные моменты и составлять о них собственные высказывания.

При формировании связной речи у детей с ОНР важно использовать специальные методики, технологии, средства, облегчающие и направляющие процесс становления у них развернутого смыслового высказывания. Одно из таких средств — метод нагляд-

ного моделирования, в основе которого лежит принцип замещения: реальный предмет ребенок замещает другим предметом, его изображением, каким-либо условным знаком.

На основе метода наглядного моделирования учитель-логопед создает систему работы по использованию различных методик формирования связной речи у дошкольников с ОНР III уровня, составляет перспективный план работы на учебный год. При этом важно учитывать требования ФГОС ДО и содержание Примерной программы коррекционно-развивающей работы в группе компенсирующей направленности для детей с ОНР 3—7 лет Н.В. Нищевой.

В качестве условных заместителей используются разнообразные символы:

- геометрические фигуры;
- символические изображения предметов (условные обозначения, силуэты, контуры, пиктограммы);
- картинно-графические планы для логического построения рассказа;
- мнемотаблицы, сенсорно-графические схемы;
- опорные схемы для составления описательных рассказов по основным лексическим темам «Посуда», «Одежда» и т.д. (символы-заместители

- различных свойств изучаемого объекта);
- карточки-символы;
- детские рисунки, иллюстративное панно.

Коррекционно-логопедическая работа с применением моделирования осуществляется в течение всего учебного года и реализуется в три этапа. Упражнения с использованием этого метода включаются в занятие по развитию речи и проводятся по подгруппам: с воспитанниками старшей группы — 1 раз в неделю, с воспитанниками подготовительной к школе группы — 3 раза в неделю.

На *первом этапе* обучения (сентябрь, октябрь, ноябрь) у воспитанников формируются умения:

- составлять простые пространственные предложения;
- задавать вопросы и развернуто отвечать на них;
- составлять короткие описательные рассказы по темам: «Фрукты», «Овощи», «Насекомые» и т.д.;
- пересказывать тексты, небольшие рассказы с опорой на мнемотехническую таблицу.

После освоения основных речевых навыков переходим к более сложному — *второму этапу* (декабрь, январь, февраль), в ходе которого под руководством логопеда дети составляют:

- простые предложения, пространственные однородными членами; сложные предложения с союзными словами;
- описательные рассказы по опорным картинкам и словам, по непосредственному восприятию;
- мини-сказки, загадки, рассказы-описания и рассказы-сравнения по плану;
- рассказы по картине и серии картин.

На *третьем этапе* (март, апрель, май) задачи еще больше усложняются: воспитанники обучаются самостоятельно составлять различные типы сложноподчиненных предложений с союзами и союзными словами, описательные рассказы (по сюжетной картине или серии картин), рассказы из опыта в соответствии с лексическими темами, творческие рассказы.

Таким образом, система работы с использованием метода наглядного моделирования позволяет последовательно и эффективно совершенствовать речевые способности дошкольников с ОНР. Наглядное моделирование дает возможность упорядочить разрозненные представления и впечатления ребенка, учит его выделять существенное, способствует развитию детской наблюдательности и любознательно-

сти, активизирует память, воображение, стимулирует речевую деятельность.

Фрагмент плана коррекционной работы на год приведен ниже (см. таблицу).

Таблица

Фрагмент плана коррекционной работы на год

Тема занятия	Содержание работы	Виды моделирования
<i>Ноябрь 1-я неделя</i>		
«Ягоды и грибы»	Совершенствовать навыки слогового анализа слов. Закреплять умение определять место звука в слове. Развивать планирующие функции речи. Учить составлять пересказ с опорой на серию сюжетных картин	Кольца Луллия. Светофорчик и фишка. Карточки с ребусами. Мнемодорожка по рассказу. Серия сюжетных картин. Сюжетные картины
...		
<i>Январь 3-я неделя</i>		
«Профессии»	Развивать связную речь. Совершенствовать навыки составления и чтения слов. Закреплять умение составлять загадки, рассказы-описания с опорой на сюжетные картины	Алгоритм рассказа. Игровое поле с точками. Карточки со слогами. Карточки и картинный план. Сюжетные картины и картинно-графический план

Литература

1. *Анисимова Т.С.* Применение современной теории эксперимента в образовании (многофакторный многомерный эксперимент в образовании): Моногр. М., 2002.
2. *Большева Т.В.* Учимся по сказке. Развитие мышления дошкольников с помощью мнемотехники. СПб., 2005.
3. *Венгер Л.А.* Домашняя школа мышления. М., 1975.

4. Волкова Ю.С., Черткова Л.В. Опорные схемы для составления описательных рассказов. М., 2014.
5. Воробьева В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: Учеб. пособие. М., 2007.
6. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием: Учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. М., 2006.
7. Нищева Н.В. Конспекты подгрупповых логопедических занятий в группе компенсирующей направленности ДОО для детей с тяжелыми нарушениями речи (ОНР) с 6 до 7 лет. СПб., 2015.
8. Психолого-педагогические вопросы развития речи в детском саду: Сб. науч. тр. / Под ред. Ф.А. Сохина и О.С. Ушаковой. М., 1987.
9. Ткаченко Т.А. Использование схем в составлении описательных рассказов // Дошкольное воспитание. 1990. № 10.
10. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования: Приказы и письма Минобрнауки РФ. М., 2016.

Развитие речи у младших школьников с ЗПР

Терентьева М.П.,

*учитель начальных классов МБОУ «СОШ № 10»,
го Кашира Московской обл.*

Аннотация. Статья посвящена работе по развитию речи детей с задержкой психического развития. В ней освещается работа с развивающими книгами из фетра как один из способов развития речи у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова. Развитие речи, младшие школьники, дети с ограниченными возможностями здоровья, дети с задержкой психического развития, речевая деятельность, развивающие книги.

Совершенствование системы образования требует внедрения в практику работы общеобразовательных учреждений ком-

плекса мер, направленных на обеспечение каждому ребенку условий для развития, формирования полноценной лично-

сти, получения должного образования. В настоящее время значительно возросли требования к речевому развитию старших дошкольников. К моменту выпуска из детского сада они должны достигнуть определенного уровня развития речевой активности, словаря, грамматического строя речи, готовности к переходу от диалогической речи к связному высказыванию. У нормально развивающихся детей к началу школьного обучения речь постепенно отделяется от непосредственного практического опыта и приобретает новые функции. Однако не все старшие дошкольники одинаково легко овладевают новыми видами речевой деятельности.

Дети с задержкой психического развития (ЗПР) составляют основную группу неуспевающих школьников. К началу школьного обучения они не достигают необходимого уровня психологической и речевой готовности, в том числе и достаточного уровня сформированности лексики и грамматического строя речи, и с большим трудом осваивают школьную программу. Особые трудности у них возникают в процессе обучения русскому языку, что связано с несформированностью речевой готовности к школьному обучению. К тому

же особенности психического и моторного развития детей с ЗПР влияют на развитие речевой функции.

В связи с этим в процессе специально организованных игровых упражнений нужно осуществлять коррекционное воздействие, направленное на развитие:

- слухового и зрительного восприятия, внимания, памяти;
- слуходвигательного, слухозрительного, зрительно-двигательного взаимодействия;
- мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и др.

Речевая деятельность детей с ЗПР также имеет ряд особенностей:

- бедный словарный запас (особенно активный), суженность, расплывчатость понятий;
- существенные трудности в овладении грамматическим строем речи (особенно в понимании и употреблении логико-грамматических структур);
- своеобразное формирование словообразовательной системы языка;
- позднее овладение способностью осознавать речь как особого рода деятельность, отличную от предметной;
- нарушения в формировании монологической речи.

Перечисленные особенности речевой деятельности вызывают значительные трудности при обучении детей чтению и письму. Они допускают ошибки при последовательном выделении звуков, обнаруживают неподготовленность к языковым наблюдениям, не умеют выделять предложение из текста. В результате дети очень часто пишут каждое предложение с новой строки, точку ставят только в конце диктанта и т.д. Большие затруднения они испытывают в овладении грамматическими понятиями и при их дифференцировании («буква — звук», «слово — слог», «слог — слово — предложение»). Без применения специально разработанных коррекционных приемов обучить детей с ЗПР родному языку и чтению практически невозможно.

Главная особенность детей с ЗПР — общее недоразвитие личности: эмоциональная незрелость, недостаточная способность к произвольной деятельности, несформированность основных посылок ведущей деятельности, динамические нарушения всех видов деятельности, в том числе познавательной, речевой и т.д. Их интеллектуальное недоразвитие в значительной мере обусловлено перечисленными факторами.

К началу школьного обучения у детей с ЗПР не сформированы мыслительные операции (анализ, синтез, сравнение, обобщение); их состояние определяет ее содержательную характеристику. Отставание в развитии ведет к тому, что большинство интеллектуальных функций также формируется позднее и часто искажено.

При выявлении детей с ЗПР необходимо как можно быстрее начать с ними работу.

Основным видом деятельности младших школьников с ЗПР остается игровая деятельность. Используя эту особенность, мы работаем с такими детьми при помощи развивающих книжек, изготовленных из фетра (см. фото).

Пример работы по развитию речи у детей с ЗПР с использованием книжки «Теремок»

1. Прослушивание текста сказки «Теремок». (*Читает учитель или звучит аудиозапись.*)

2. Выбор героя сказки детьми (каждый ребенок берет фигурку персонажа в руки, рассматривает ее).

3. Описание героя сказки (самостоятельно или с помощью наводящих вопросов).

- Кто это?
- Где живет? Это домашнее или дикое животное?
- Какой он (она)?



Фото. Развивающая книжка «Теремок»

- Какой у него (нее) характер?
- Рассказ сказки с инсценировкой при помощи учителя (дети по очереди описывают действия своих героев).

4. Обмен персонажами, их описание, инсценировка сказки.

Можно предложить детям побыть сказочниками, пофантазировать: как по-другому могла бы закончиться сказка, или сменить порядок появления героев, пересказать ее с учетом изменившихся условий.

Пример работы по развитию речи и мелкой моторики у детей с ЗПР с использованием книжки «Времена года»

В книге изображено дерево, крона которого разделена на четыре части. Каждая из них представляет определенное время года (белая — зима со снежинками на липучках, салатовая — весна с цветами на пуговицах, зеленая — лето с яблоками на крючках, желтая — осень с листьями на кнопках).

По каждому времени года проводится отдельное занятие по определенному плану (на примере осени).

1. Рассматривание страницы книжки, перечисление времен года.

2. Ответы на вопросы.

- Какие осенние месяцы вы знаете?

- Как можно назвать осень в сентябре?

- Как можно назвать осень в октябре?

- Как можно назвать осень в ноябре?

- Какое солнце осенью?

- Какое небо осенью?

- Что происходит осенью с деревьями? (*Ребенок снимает с дерева листья, кладет их в специальный кармашек.*)

- Как называется явление в природе, когда с деревьев опадают листья?

- Что происходит осенью с листьями?

- Что происходит осенью с травой?

- Что делают птицы осенью? Почему?

- Как называют этих птиц?

- Что делают осенью насекомые?

- Что делают осенью животные?

- Что делают осенью люди? Для чего они собирают урожай?

- Какая погода осенью?

- Что бывает только осенью?

3. Составление рассказа об осени по плану: солнце, небо, деревья, животные, птицы, люди.

4. Подбор эпитетов к словам *солнце, небо, погода, деревья, трава.*

5. Образование существительных множественного числа в именительном и родительном падежах. Например: *дерево — деревья — деревьев, лист — листья — листьев, трава — травы — трав* и т.д.

6. Подбор антонимов к словам. Например: *тепло — холодно, пасмурный — солнечный, длинный — короткий, сухой — мокрый* и т.д.

7. Составление предложений об осени с предлогами *в, на, около, под, с, из-за, из-под.*

Как показывает практика, дети с удовольствием работают с такими книжками, и развитие речи приобретает у них игровой характер, воспринимается с интересом.

Несмотря на работу, проводимую педагогами, дефектологами, логопедами, проблемы соотношения мышления и речи, диагностики нарушений речи у детей с ЗПР остаются актуальными. В процессе коррекционной работы необходимо уметь организовать умственную и речевую деятельность учащихся, вызвать у них положительную мотивацию, максимально активизировать познавательную деятельность, использовать разнообразные приемы и методы коррекции, эффективно осуществлять помощь в «зоне их ближайшего развития».

Психологические основы обучения иностранному языку слабослышащих младших школьников

Бутко С.С.,

старший преподаватель кафедры раннего изучения иностранных языков ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», Москва

Аннотация. В статье представлены психологические основы и методики обучения иностранному языку детей с нарушениями слуха.

Ключевые слова. Иностранный язык, слабослышащие младшие школьники, обучение слабослышащих учащихся, психологические основы обучения, общеобразовательная школа.

Нормальная функция слухового анализатора играет большую роль в общем развитии ребенка. При его нарушениях страдают речь, психологическое развитие ребенка; происходит общее недоразвитие познавательной деятельности. Первичный дефект слухового анализатора порождает вторичные отклонения в развитии, которые, в свою очередь, служат причиной возникновения других отклонений. Взаимодействие различных проявлений дефекта слуха второго, третьего, четвертого порядка все более искажает и обедняет структуру развития познавательной деятельности слабослышащего ребенка.

Дети с нарушением слуха обычно обучаются в специальных (коррекционных) школах, но в отдельных случаях — и в условиях массовой общеобразовательной школы.

В массовой общеобразовательной школе может обучаться ребенок с незначительным снижением слуха. Учитель должен проследить за тем, чтобы ему все было хорошо слышно. В связи с этим очень важно правильно подобрать ребенку место в классе: лучше всего посадить его за первую или вторую парту. Кроме того, учитель должен постоянно контролировать работу слабослышащего ученика, чтобы выяснить, правильно ли он понял

объяснения, предложенное задание и т.п. Особенно важно это при письме под диктовку или выполнении других видов работ с опорой на слуховой анализатор.

Учитель, в класс к которому попал слабослышащий ребенок, должен знать как можно больше об особенностях глухих и слабослышащих, о своеобразии развития их речи и восприятия ими речи окружающих, о том, какую роль выполняет слуховой аппарат и т.д.

В школу поступают дети с разным уровнем общего и речевого развития; тем более это относится к воспитанникам с нарушенным слухом. Такие различия определяются целым рядом факторов: индивидуальными особенностями, состоянием слуховой функции, временем начала коррекционной работы, ее адекватностью и эффективностью, наличием дополнительных отклонений в развитии.

Глухих и слабослышащих детей, которые оказываются подготовленными к обучению в массовой общеобразовательной школе, можно условно разделить на три группы:

— с незначительным понижением слуха, обычно испытывающие затруднения при восприятии лишь шепотной речи. Нередко ни они сами, ни окружающие не замечают их трудностей;

— которые независимо от степени слуховых нарушений в результате ранней систематической коррекционной работы к 7 годам хорошо говорят, не испытывают значительных трудностей в устном общении со слышащими людьми, умеют читать и пишут печатными буквами. Уровень их общего и речевого развития оказывается заметно выше, чем у детей, которых психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) направляет в специальные (коррекционные) школы;

— позднооглохшие, потерявшие слух в возрасте 5—6 лет или позже. Устная речь у них формировалась на полноценной слуховой основе, вследствие чего она практически не отличается ни по структуре, ни по звучанию от речи слышащих сверстников. Однако вследствие внезапной потери слуха такие дети утратили возможность воспринимать и в силу этого — понимать устную речь окружающих. При условии своевременной начатой и успешной работы по восстановлению устного общения они могут учиться вместе со слышащими.

Учителю следует постоянно помнить о том, что в классе есть ребенок с нарушениями слуха,

который должен всегда хорошо видеть лицо педагога, даже в тех случаях, когда тот ходит по классу, пишет на доске, организует работу класса с таблицами, картинками, картами и т.д. Такого ученика нужно посадить справа от педагога, по возможности спиной к окну. С этого места хорошо видны лица большинства одноклассников, учителя, доска, отвечающие у доски [2].

Необходимо требовать от ребенка с нарушениями слуха, чтобы он всегда смотрел на говорящего. Важно следить за тем, чтобы слабослышащий ученик мог быстро найти говорящего и переводил взгляд с одного человека на другого. Это должно стать осознанной необходимостью для ученика. Поэтому нужно постоянно контролировать ребенка со сниженным слухом в разных формах, например: «Повтори, что я сейчас сказала», «Что сказал Боря?», «Продолжи, пожалуйста», «Расскажи, что мы изучали сегодня на уроке», «Повтори, о чем рассказывала Вера» и т.п.

Ребенок с нарушениями слуха должен активно участвовать в работе класса, но не задерживать темп ведения урока. В то же время нельзя допускать, чтобы он не понял что-нибудь важное. Даже небольшой пробел в знаниях, оставленный без внимания, ведет к непониманию по-

следующих разделов учебного предмета. Поэтому школьников со снижением слуха нужно контролировать на каждом занятии.

Учителя часто предлагают слабослышащему ученику выполнять письменную самостоятельную работу в то время, когда класс работает устно. Так делать не рекомендуется, поскольку в этом случае ребенок «выпадает» из определенного вида работы и может даже не знать, чем занимались в это время одноклассники. Кроме того, он не совершенствует умений и навыков в устной фронтальной работе.

Успешность обучения глухого или слабослышащего ребенка во многом зависит от того, насколько эффективно он включен в учебную деятельность непосредственно на уроке. А это, в свою очередь, определяется тем, сможет ли педагог в ходе урока организовать действенную, эффективную помощь такому ученику. Особенно актуально это для младших школьников, поскольку именно в начальной школе закладываются основы знаний, умений, навыков, которые продолжают развиваться в средней школе [7].

Существует ряд особенностей в обучении младших школьников с нарушением слуха. Их учитель должен знать и учитывать в своей работе.

Учителю также необходимо уделять внимание коррекции звуко-буквенного состава слов. Для этого достаточно использовать возможности учебника.

Определенные трудности могут возникнуть у детей с нарушением слуха при написании диктантов и изложений. Если ребенок по состоянию слуха не способен воспринимать диктуемый текст, его лучше освободить от этого задания. Для такого ученика можно провести диктант отдельно, после уроков, обеспечив восприятие диктуемого текста на слухозрительной основе.

Детей с нарушением слуха следует специально готовить к написанию изложений. Им нужно дать текст изложения для однократного прочтения «про себя». Потом они еще раз прослушают текст вместе со всеми. Если в нем встречаются слова, которые глухой или слабослышащий ученик может не знать, учитель должен заранее объяснить ему значение и правописание этих слов. Особенно следует остановиться на ключевых словах, образующих ядро текста. Ребенка нужно заранее познакомить с наиболее сложными грамматическими конструкциями. Если он испытывает трудности уже в ходе письменного пересказа, рекомендуется дать ему заранее подготовленные вопросы по тексту [8].

Обучение и воспитание в массовой общеобразовательной школе детей с нарушением слуха, отличающихся характерными речевыми особенностями, — сложный, трудоемкий процесс, требующий от педагога не только терпения и любви к ребенку, но и специальных знаний.

Обучение иностранному языку при слуховых нарушениях не может вестись путем прямого использования существующих методик, применяемых при обучении детей с нормальным слухом. Люди с нарушением слуха иначе, чем слышащие, воспринимают речь, у них иные пути формирования словесной речи, овладения грамматическим строем языка.

В России насчитывается около 200 000 глухих и слабослышащих детей. В системе образования нашей страны существует развернутая сеть специальных учреждений школьного типа, обеспечивающих необходимые условия обучения и воспитания детей с различными нарушениями умственного и физического развития, в частности с расстройством слуха.

Каждый учитель пытается найти подходы к таким детям. А это непросто: они не только в общении отличаются от сверстников с нормальным слухом, но и более замкнуты и обидчи-

вы. Учителю необходимо каждую минуту помнить о том, что такими школьниками информация в основном считывается по губам, что нельзя стоять за спиной у слабослышащего ребенка, поскольку он может не понять значений каких-либо слов при объяснении нового материала в устной форме.

Помня, что основную информацию учащиеся получают через зрительный канал и что зрительная память у слабослышащих развита лучше, учителю следует опираться на фонетические, лексические и грамматические наглядные средства при ознакомлении с новым материалом и во время совершенствования речевых навыков и умений [2].

Чтобы понять говорящего, учащиеся с нарушением слуха должны видеть артикуляцию. Значит, в обучении аудированию необходимо использовать видеоматериалы, в которых можно регулировать громкость речи, делать повторы, паузы.

Организовать диалогическую речь у детей с нарушением слуха трудно, но опыт показывает, что можно воспроизводить ролевые диалоги с ограниченным набором программной лексики. В обучении чтению и письму возможностей больше, их можно реализовать в полном объеме.

В обучении фонетике следует добиваться понимания слабослышащими учащимися особенностей произношения специфических звуков иностранного языка, соблюдения долготы и краткости гласных.

Опыт работы со слабослышащими учащимися показывает, что большую часть материала нужно предъявлять учащимся и проверять в письменной форме. Это требует использования дополнительного раздаточного материала, индивидуальных карточек.

Можно определить ведущие учебные задачи на каждый год и добиваться их последовательного решения.

• Во 2—3-х классах детей учат:

- читать слова;
- узнавать знакомые слова в речи учителя;
- выбирать ответ на вопрос по ситуации общения;
- рассказывать о себе в рамках изученных тем.

Используются следующие методы.

• *Игра с мячом.* Учитель задает вопрос и бросает мяч ребенку. Тот ловит его и отвечает одним словом. Затем дети задают вопрос и бросают ему мяч. Это упражнение помогает развивать внимание слабослышащего ребенка и позволяет усваивать лексику по теме.

• *Работа в парах.* Дети задают вопросы друг другу или приводят примеры, дают задания. Работа может проходить у доски, за партами. Важно, чтобы нормально слышащий учащийся поворачивал голову к слабослышащему сверстнику, поскольку последнему нужно видеть говорящего.

Цель этих методов — формирование у слабослышащего ребенка инициативности, коллективизма и самостоятельности. Находясь постоянно в кругу слышащих сверстников, дети с нарушением слуха приобретают новый социальный опыт, получают заряд положительной энергии, что усиливает их стремление к коммуникации с окружающим миром [4].

В 4-м классе учащихся учат:

- читать текст и понимать его смысл;
- воспроизводить знакомые слова в стихах и пословицах;
- узнавать знакомые слова в речи одноклассников;
- вести ролевые диалоги;
- составлять небольшие тематические тексты с использованием простых грамматических структур.

Если в классе 1—2 слабослышащих ребенка, основная задача учителя — учитывать их индивидуальные возможности при презентации материала и организации парной и групповой ра-

боты. Нужно подобрать им подходящих партнеров для общения на уроке иностранного языка. Важно помнить, что при фронтальной работе познавательная активность слабослышащих детей снижается, поэтому можно использовать индивидуальные карточки. При работе с опорой на них слабослышащие учащиеся, как правило, не менее успешны других [1].

Со слабослышащими учащимися необходимо работать индивидуально. Если у них есть сложности с речью, это даст им возможность проговаривать изучаемый материал в спокойной, комфортной обстановке. Кроме того, в случае необходимости можно дать дополнительные разъяснения, чтобы на общем уроке дети справились с работой быстрее.

С распространением компьютеров владение английским языком в письменной форме открывает перед слабослышащими учащимися не меньше перспектив, чем перед обычными выпускниками школы. И в этом направлении следует интенсивно работать. Обучение чтению и письму на основе информационно-коммуникационных средств помогает решить методические задачи на качественно новом уровне. Доступность этих технологий приобретает особенно

большое значение в системе обучения и социальной реабилитации глухих и слабослышащих детей.

Благодаря мультимедийным возможностям компьютера ученикам становится легче воспринимать окружающий мир и развиваться интеллектуально. Кроме того, новые информационные технологии, позволяющие легко варьировать громкость аудиоматериалов, могут быть использованы для тренировки слуха и развития речевых навыков. А это играет огромную роль в системе социальной адаптации слабослышащего ребенка [6].

Использование Интернета в образовании слабослышащих детей также расширяет их коммуникативные возможности, создает благоприятный эмоциональный фон и тем самым развивает уровень познавательной активности к обучению. Важно, что дети с нарушением слуха, обращаясь к Интернету, могут использовать в учебных целях практически любую образовательную среду. Учитель должен анализировать и отбирать для работы компьютерные программы, определять их место, роль, способы включения в учебный процесс [5].

Опыт работы со слабослышащими детьми показывает, что учиться по общеобразователь-

ной программе они могут, но это требует большего количества учебных часов для овладения программой и дополнительной индивидуальной работы.

Литература

1. *Асмолов А.Г., Бурменская Г.В., Володарская И.А.* Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе: от действия к мысли / Под ред. А.Г. Асмолова. М., 2008.
2. *Багрова И.Г.* Обучение слабослышащих учащихся восприятию речи на слух. М., 1990.
3. *Бутко С.С.* Реализация фасилитативной функции учителя в иноязычном общении с младшими школьниками (на примере слабослышащих детей) // Молодой ученый. 2011. № 6. Т. 2.
4. *Гальскова Н.Д., Гез Н.И.* Теория обучения иностранным языкам: лингводидактика и методика: Учеб. пособие для студ. фак-та иностранных языков высш. пед. учеб. заведений. М., 2006.
5. *Жинкин Н.И.* Речь как проводник информации. М., 1982.
6. *Зимняя И.А.* Психологические аспекты обучения говорению на иностранном языке. М., 2005.
7. *Комаров К.В.* Особенности обучения слабослышащих детей. М., 1985.
8. *Рогова Г.В., Рабинович Ф.М., Сахарова Т.Е.* Методика обучения иностранным языкам в средней школе. М., 1991.

Вредные мультфильмы

Консультация для воспитателей и родителей

Римская Е.С.,

*учитель-дефектолог ДО ГБОУ «Школа № 394»,
Москва*

Аннотация. В статье описано влияние мультипликационных фильмов на детскую психику. Даны признаки вредных мультфильмов.

Ключевые слова. Мультфильмы, психика детей.

Мультфильмы занимают важное место в жизни современных детей. Далеко не всегда их качество и смысловое содержание соответствуют возможностям понимания и задачам развития ребенка, особенно дошкольного возраста.

Многие дети перед экраном телевизора или монитором компьютера проводят больше времени, чем в общении с родителями. Занятые мамы и папы с удовольствием включают своему ребенку анимационные фильмы по первой его просьбе, ведь это так удобно: он спокойно смотрит телевизор, не шалит, не разбрасывает игрушки, не пристает с вопросами. Нельзя сказать, что взрослые не подозревают о вреде мультфильмов. Большинство родителей знают, что долго сидеть

у экрана вредно для здоровья и психики ребенка.

Маленьких детей привлекают яркие, живые картинки. Поэтому практически любые мультфильмы они смотрят с удовольствием. Однако детский мозг еще не готов обрабатывать информацию, поступающую с экранов телевизоров со слишком большой скоростью. Ребенок, смотрящий телевизор, на самом деле не развлекается, а напряженно работает. Длительное нахождение перед экраном может привести даже к развитию неврозов или психозов.

Психологи также предупреждают о вреде чрезмерно ярких картинок, мелькающих перед глазами ребенка во время просмотра анимационных сериалов и фильмов. Они рекомендуют детям до 3 лет показывать их

черно-белые варианты. Маленькие дети воспринимают все, что видят на экране телевизора, как жизненную правду. Они еще не умеют анализировать, разделять поступки героев на хорошие и плохие. Зато они быстро впитывают всю поступающую информацию, перенимают и копируют модель поведения героев анимационных фильмов. А герои многих современных мультфильмов, особенно западных, ведут себя далеко не образцово. Поэтому часто возникает потребность в психолого-педагогической экспертизе детских мультфильмов. Речь идет об оценке соответствия формы и содержания психологическим особенностям дошкольников.

Признаки вредного мультфильма

- Главные герои ведут себя агрессивно, жестоко, калечат, убивают, причиняют вред. Причем все подробности такого поведения «смакуются».

- Плохое поведение персонажей по сюжету либо остается безнаказанным, либо ведет к улучшению их жизни: получению признания, популярности, богатства и т.д.

- Демонстрируется опасное для здоровья и жизни поведение, которое нельзя повторять.

- В мультфильме персонажам присуще поведение, нестандартное для их пола: мужские персонажи ведут себя по-женски, женские — по-мужски.

- Присутствуют сцены неуважительного отношения к людям, животным, растениям: глумления над старостью, слабостью, физическими недостатками, социальным и материальным неравенством.

- Герои фильма несимпатичны или даже уродливы. Для детского восприятия и более легкой ориентации в том, кто «плохой», а кто «хороший», необходимо, чтобы положительный герой был симпатичным, внешне приятным. Тогда ребенку будет проще понять, кому из героев следует подражать, а кому нет.

- Культивируется праздный образ жизни, пропагандируются идеал «жизнь — вечный праздник», политика избегания трудностей и достижения целей легким путем, без труда или даже обманом.

- Высмеиваются и показываются с подчеркнуто неприглядной стороны ценности семейных отношений. Главные герои-дети конфликтуют со своими родителями, которые показаны глупыми и нелепыми. Герои-супруги ведут себя по отношению друг к другу подло, неуважительно,

беспринципно. Пропагандируется идеал индивидуализма и отказа от почитания семейных и супружеских традиций.

- Присутствует презрительное отношение к материнству и рождению, воспитанию детей. Материнские образы выглядят отталкивающе, их образ жизни показан как ущербный и неполноценный.

Наличие одного или нескольких признаков вредного мультфильма служит основанием для того, чтобы не показывать его детям.

Мультфильмы, не рекомендованные для просмотра детьми дошкольного и младшего школьного возраста: «Телепузики», «Покемоны», «Губка Боб», «Маша и Медведь», «Свинка Пеппа», «Шрек», «Аниме», «Симпсоны», «Гриффины», «Футурама», «Южный парк («Саус парк»)), многие мультфильмы У. Диснея, «Винкс», мультипликационный цикл «Три богатыря».

Важно обсуждать с ребенком увиденное в мультфильме, комментировать нравственную и безнравственную стороны поступков героев; объяснять в доступной форме, что хорошо, что плохо и почему.

Конечно, полностью исключить просмотр ребенком мультипликационных филь-

мов практически невозможно: все-таки технический прогресс внес определенные коррективы в наш образ жизни. К счастью, любой родитель вполне может защитить детей от негативного влияния телевидения. Для этого нужно не так много. Необходимо хорошо знать содержание анимационных произведений, которые смотрит ребенок. Нужно постараться, чтобы он не видел сцен насилия, не слышал вульгарного юмора, нецензурных высказываний.

Даже самый вредный мультфильм не отразится на психике ребенка, если он будет смотреть его вместе с родителями, комментирующими происходящее на экране. Родительская оценка поможет дошкольнику лучше понять, где в сказке выдумка, а где — отражение жизни. Мама может предложить ребенку смотреть не вредные мультфильмы, а поучительные.

Совсем маленькому ребенку будет интересно и полезно посмотреть такие шедевры советской мультипликации, как «Трое из Простоквашино», «Ну, погоди!», «38 попугаев», «Поросенок Фунтик», «Мама для мамонтенка», «Чебурашка».

Нельзя допускать, чтобы телевизор полностью заменил ребенку общение с родителями.

Какое влияние (положительное или отрицательное) будут оказывать мультфильмы на детей, зависит от родителей. Если мама предложит своему ребенку хорошие анимационные фильмы, научит его пересказывать и обсуждать увиденное, а позже — анализировать, можно не

опасаться, что они негативно скажутся на его психике. Доведя же воспитание детей телевизору, родители могут потерять контроль над ними полностью и навсегда.

Альтернатива просмотру таких мультфильмов — чтение книг детям.

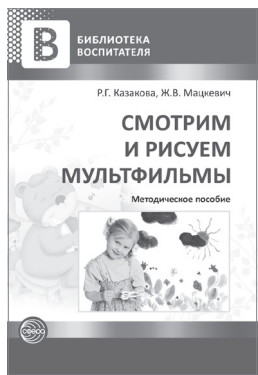
Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги



МУЛЬТФИЛЬМЫ В ДЕТСКОМ САДУ Работа по лексическим темам с детьми 5—7 лет

Автор — Гуськова А.А.

В книге представлены конспекты логопедических занятий с детьми 5—7 лет по развитию лексико-грамматических средств языка и связного высказывания с использованием средств мультипликации. Динамичность, красочность и яркость мультфильмов благоприятно влияют на познавательно-речевую деятельность и чувственную основу детей с общим недоразвитием речи. Пособие содержит 32 занятия в соответствии с лексическими темами.



СМОТРИМ И РИСУЕМ МУЛЬТФИЛЬМЫ Методическое пособие

Авторы — Казакова Р.Г., Мацкевич Ж.В.

Раскрываются формы, методы, приемы ознакомления детей дошкольного возраста с художественно-изобразительными средствами мультипликации. Обогащение детского рисования образами мультфильмов, вариантами способов изображения героев разными художественными техниками способствует художественно-эстетическому развитию дошкольника. Даны гигиенические требования к просмотру мультфильмов, конспекты занятий, творческие проекты.

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

«Просто сделать. Наш путь в инклюзивное общество»*

Голубникова Л.А.,
*студентка магистратуры финансово-
экономического факультета
ФГБОУ ВО «Финансовый университет
при Правительстве Российской Федерации», Москва*

Аннотация. В статье рассказывается об инклюзивном образовании, системе, на которую возлагаются большие надежды, и о лучших практиках ее реализации.

Ключевые слова. Инклюзивное образование, включенное обучение, дети с особыми потребностями, интеграция, уполномоченный по делам инвалидов.

Актуально!



По мнению министра обороны Германии У. фон дер Ляйен: «В мире нет совершенных людей, все мы несовершенны. Но в каждом из нас — множество уникальных способностей и умений. И мы хотим поддерживать именно уникальность, способности.

К сожалению, инвалидность неизлечима. Она является неотъемлемой частью людей с ОВЗ и заслуживает уважения. Лучший способ справиться с инвалидностью — быть в обществе».

Инклюзивная школа — школа для всех, в том числе для детей с особыми потребностями. Введение инклюзии в систему образования требует серьезных проработок и изменения учебных программ, организации и подготовки педагогов, поиска новых технологий.

* Из Национального плана действий по реализации Конвенции ООН о правах людей с инвалидностью, вышедшего в свет в июне 2011 г. и подписанного Парламентом Германии.

Выделяют три основные системы обучения детей [3]:

- сегрегационное,
- интегрированное,
- инклюзивное.

Приведем три варианта реализации инклюзивного образования, используемых в зарубежных странах [8]:

- широкое и систематическое педагогическое взаимодействие в рамках реализации модели «Профессиональное сотрудничество» и «Кооперативное обучение» (Германия, США, Канада, Норвегия, Дания);
- временное включение детей с ОВЗ в учебный процесс на основе педагогического взаимодействия в рамках консультационной, командной моделей и модели параллельного обучения (Франция, Швеция);
- социальная интеграция детей в рамках специальных классов при фрагментарном педагогическом взаимодействии и ведущей роли педагога специального образования.

По мнению ряда экспертов, в России есть все три типа инклюзии. Причина этого — в недостаточной проработке конкретной технологической структуры обучения.

Дания — первая в мире страна, принявшая в 1871 г. прообраз закона о специальном обуче-

нии — акт об обучении глухонемых. В России закон о специальном образовании был принят только в 2012 г. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (ч. 5, ст. 41) подтверждает возможность обучения лиц с ОВЗ по адаптивным образовательным программам.

Модель инклюзивного образования в Дании (как и в США) выстраивалась «снизу». С 1961 г. проводилась серьезная социально-педагогическая работа по осмыслению и освоению педагогами, родителями, всем населением возможных перспектив инклюзии. И лишь после того как страна практически и нравственно освоила феномен интеграции (на это ушло почти 20 лет), был принят Закон о реформе образования (1980), предусматривающий реализацию принципа нормализации отношений с лицами с ОВЗ [6].

Показателен пример инклюзии Израиля, Великобритании и Канады. В этих странах правительство поддерживает каждого ребенка, заботится о его образовании, педагоги повышают квалификацию, чтобы заниматься инклюзией; многие институты создают программы для подготовки тьюторов; перестраиваются школьные здания, делаются пандусы, чтобы дети с ОВЗ могли попасть внутрь.

Детям-инвалидам предоставляются современные технические средства — особые аппараты для слуха, речи; увеличивается штат психологов для тестирования воспитанников и определения вектора их развития. В 1970-х гг. канадское правительство вместе с группой заинтересованных родителей разработали концепцию, согласно которой детям с особыми потребностями было бы комфортнее в школах по месту жительства, а не в специальных школах. Был опубликован закон, согласно которому ни одному ребенку не может быть отказано в получении инклюзивного образования [6].

В западных странах с вниманием относятся к людям с особыми потребностями, условиям, в которых они живут, к их правам, образовательным потребностям. В Германии нет, как в России, специальных (коррекционных) образовательных школ I—VIII вида. Там каждая школа имеет специализацию — «умственное развитие» (*Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung*). Это показывает отношение немцев к детям с проблемами в развитии. Из названия школы убрано слово, описывающее дефект [5]. Национальный план действий по реализации Конвенции ООН о правах людей с инвалидностью, вышедший в свет в июне 2011 г.

и подписанный Парламентом Германии, начинается с девиза: «Просто сделать. Наш путь в инклюзивное общество». Согласно этому плану, люди с ОВЗ могут участвовать в жизни общества, в том числе осуществлять трудовую деятельность. Именно эта деятельность повышает уверенность в себе, создает деловые и дружеские связи, дает смысл жизни [5].

Основной задачей профессионального обучения инвалидов в Германии выступает обучение по одной из общепризнанных специальностей. По возможности, этот процесс осуществляется «рядом» с обычными сотрудниками.

Инвалиды с умственными расстройствами могут быть приняты в один из 52 институтов начального обучения инвалидов (*Berufsbildungswerke*), в которых есть порядка 12 тыс. мест для обучения. Для получения дальнейшего образования или обучения новой специальности они могут быть зачислены в один из 28 институтов продолжительного обучения инвалидов, где насчитывается около 15 тыс. мест. Все мероприятия по созданию рабочих мест, т.е. по полноценному включению людей с особыми потребностями, прописаны в Национальном плане 2011 г. В Германии также действует

Комиссия по инклюзии, почти полностью состоящая из людей с ОВЗ. Она дает экспертные заключения и реализует различные проекты, например, по созданию единой карты инклюзивных кейсов [9].

Реализация инклюзивного образования в Германии предполагает совместное обучение детей с учетом их особенностей. Большое внимание уделяется переходу ребенка с одного уровня на другой: «детский сад — начальная школа», «школа — учреждения, в которых дети обучаются профессии». Все проекты предварительно запускаются в пилотном режиме.

В 2011 г. было создано множество экспериментальных площадок, на которых отрабатывались различные формы включения. Наиболее интенсивно изучались вопросы инклюзии детей со «специализацией» (трудности в обучении, нарушения социального и эмоционального развития). В Берлине закрыли почти все специальные классы, во многих начальных школах были так называемые смешанные классы: ученики 1—3-х или 3—4-х, 5—6-х классов учатся вместе, на «уроках-объяснениях» дети каждой возрастной группы осваивают материал по программе, соответствующей их году обучения, а на «уроках-упражнениях» собираются вместе в одном

классе и выполняют задания в своем темпе.

Каждый ребенок может изучать программу в подходящем ему темпе, а затем «перейти» в следующий класс, оставаясь в том же детском коллективе. Учащиеся получают задания на неделю, определяют степень их трудности, порядок и темп выполнения. Каждый ребенок имеет свои траекторию и темп обучения, учитель подбирает для него систему заданий. В классе есть дети, знающие что-то чуть хуже, чем остальные. Прежде всего потому, что этого еще не изучали. И если ребенок с трудностями не может освоить какой-то материал, он проходит обучение еще раз. Это не считается чем-то плохим, поскольку в классе есть постоянная возрастная ротация. Дети с трудностями, а возможно, и все ученики класса посещают поддерживающие занятия, которые ведет специальный педагог. На них они учатся планировать и контролировать свою деятельность, работать с учебным материалом.

Следующая группа проектов направлена на изучение возможностей получения детьми с ОВЗ высшего образования. В рамках Национального плана 2011 г. также планировалось исследовать доступность высшего образования, разработать реко-

мендации по увеличению его доступности [5].

Таким образом, Национальный план 2011 г. включает в себя более 200 различных мероприятий из всех областей жизни: труд, образование, семейная политика, транспорт, свободное время, средства массовой информации. Модель инклюзии Германии далека от идеала, однако ее опыт наиболее близок России.

В системе инклюзивного образования нашей страны в XX в. работа осуществлялась по трем направлениям:

- специальное образование на базе специализированных центров, учреждений общего и дополнительного образования;
- интегрированное образование с элементами профессионального самоопределения детей и подростков;
- система общего образования детей и подростков согласно установленным нормам.

Существовало два образовательных блока, которые почти не пересекались до 1980-х гг. В 2008 г. Россия наравне с другими странами подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». В 2012 г. были приняты поправки в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» и Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012—2017 гг., ключе-

вая идея которой — обеспечение соответствия существующим международным стандартам в области прав ребенка.

В 2015 г. была утверждена государственная программа «Доступная среда на 2011—2020 годы», задачи которой:

- обеспечить доступность к сферам жизнедеятельности;
- усовершенствовать систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- усовершенствовать систему медико-социальной экспертизы.

Также были разработаны ключевые показатели программы, цели которых — повышение адаптации людей с особыми потребностями и улучшение помощи им. За последние 5 лет на реализацию программы было потрачено 197 млрд руб. (46% от общей заявленной суммы) [12]. В 2016 г. завершился очередной этап программы, условия для инклюзивного обучения были созданы лишь в 9 тыс. (20,8% от общего количества) общеобразовательных школ. Согласно программе почти все специалисты к 2020 г. должны пройти обучение по реабилитационным и абилитационным методикам. Она уже действует в рамках повышения квалификации и служит одной из ключевых. Благодаря этой программе, предполагающей предо-

ставление бесплатных курсов переподготовки, образовательные учреждения смогут снизить дополнительные расходы для специалистов по работе с детьми с ОВЗ.

Обратимся к статистике. В 2005 г. наблюдалось уменьшение числа обучающихся в специальных школах, а их стремительное увеличение в обычных — особенно в 2010 г., когда был введен первый закон об инклюзивном образовании [4]. В 2011—2012 гг. и 2014—2015 гг. также отмечается увеличение числа детей, проходящих обучение в школах и детских садах. Это позитивная тенденция, но инклюзивное образование во многих регионах реализуется путем перевода «особых» детей в обычную школу, а специальные образовательные условия там не создаются. Такой механический подход к инклюзии представляется неэффективным и опасным как для детей, так и для самой идеи инклюзии, несмотря на то что ее эффективность доказана мировым опытом.

В России инклюзию принимают как гуманистическую идею, но не верят в ее реальность. Психологические барьеры по-прежнему остаются основными препятствиями в реализации задач «включающего» образования. Термин «дети с особыми образовательны-

ми потребностями» используется как в широком социальном, так и в научном контексте, но нормативно-правовая база регулирования инклюзивного процесса в образовании использует термин «ограниченные возможности здоровья». Несоответствие категории «ограниченные возможности здоровья» социальной модели инклюзии рождает методологический конфликт и противоречия в профессиональном мышлении педагогов.

Необходима работа по следующим направлениям:

- разъяснительные беседы;
- популяризация инклюзивного образования в средствах массовой информации;
- специальная подготовка учителей массовых школ и повышение мотивации для работы с детьми с ОВЗ;
- предоставление надлежащих средств обучения;
- включение в штат массовых школ специалистов-психологов, которые должны сопровождать инклюзивное образование и обеспечивать социальную адаптацию детей;
- работа со школами по разъяснению методов взаимодействия с особенными детьми, а также разработка специальных программ в форме проектной деятельности (а не

переложение ответственности).

Общество должно быть максимально готово к «включению» в него детей с ОВЗ, в противном случае появляется эффект возврата к сегрегационным моделям их обучения.

В любой сфере копировать чей-то, даже позитивный, опыт нецелесообразно, но изучать — нужно. Возможно, в результате преобразований результатом российской практики будет новый вид инклюзии, применимый в нашем обществе.

В ходе работы был проведен анализ научно-исследовательской литературы и на основе этого сделаны следующие выводы [1]:

- инклюзивное образование должно начинаться с социальной, профессиональной и индивидуально-личностной диагностики человека, раскрывающей его родословную, историю и жизненный путь;
- для познания самого себя индивиду необходимо включение в социум, дети с особыми потребностями не должны быть исключением;
- ядром образовательных технологий инклюзивного образования должны стать интро- и ретроспекция жизненных процессов человека, общества

и природы. Даже отрицательный опыт человека и общества, будучи осмысленным и осознанным, — мера устойчивости процессов жизнедеятельности, так как является ограничителем. Тем самым, даже негативный опыт играет положительную роль, именно он определяет жизненный коридор, наиболее оптимальный для человека, в котором допускается осуществление процессов жизнедеятельности.

Литература

1. *Барболин М.П.* Фундаментальные основы воспроизводства социальной сущности человека в условиях инклюзивного образования // Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы: Мат-лы междунар. конф. 19—20 июня 2008 г. СПб., 2008.
2. *Белявский Б.В.* Инклюзивное образование в Российской Федерации: история, состояние и риски // Инклюзия в образовании. 2017. № 1(5)
3. Декларация прав ребенка. ЮНЕСКО, 1948 // http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec
4. Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы: Мат-лы междунар. конф. 19—20 июня 2008 г. СПб., 2008.

5. *Корепанова И.А.* Заметки об инклюзивном «ландшафте» Германии // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». 2012. № 4.
6. *Мушкина И.А., Бородина Н.В., Садилова О.П.* Исторические аспекты развития инклюзивного образования в России и за рубежом // Вестник АГУ. 2015. Вып. 3 (162).
7. *Хюнне Х.* Зарубежный опыт: интеграция инвалидов Германии в общественную жизнь // www.istok-audio.com/inclusive/news/?element_id=5730
8. *Шаповалова М.А., Денисова О.А.* Тенденции развития инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в зарубежных странах и России // Специальное образование. 2017.
9. *Шевелева Д.Е.* Особенности организации инклюзивного образования в России и за рубежом // Проблемы современного образования. 2014. № 5.
10. books.google.com/ngrams/
11. Budget.gov.ru/
12. oecd.org/
13. <https://www.pravda.ru/society/family/pbringing/05-12-2012/1137220-inclusif-0/>

Принципы инклюзивного образования

Система инклюзивного образования включает в себя учебные заведения среднего, профессионального и высшего образования. Ее цель — создание безбарьерной среды в обучении и профессиональной подготовке людей с ограниченными возможностями здоровья. Данный комплекс мер подразумевает как техническое оснащение образовательных учреждений, так и разработку специальных учебных курсов для педагогов и учащихся, направленных на развитие их взаимодействия с инвалидами. Кроме того, необходимы специальные программы, направленные на облегчение процесса адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательном учреждении.

Принципы инклюзивного образования

- Ценность человека не зависит от его способностей и достижений.
- Каждый человек способен чувствовать и думать.
- Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.
- Все люди нуждаются друг в друге.
- Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений.
- Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников.

Ребенок с аутизмом в детском саду

Лисовская Е.В.,

*учитель-логопед д/с «Маленькая страна»,
пгт Нахабино Красногорского р-на Московской обл.*

Аннотация. В статье представлены особенности дошкольников с расстройствами аутистического спектра. Описаны механизмы, симптоматика и причины возникновения детского аутизма.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра, аутизм.

Детский аутизм — особое нарушение психологического развития, характеризующееся трудностями общения и социального взаимодействия. Ребенок с аутизмом, обладая достаточными речевыми и интеллектуальными возможностями, не стремится их использовать в реальной жизни, во взаимодействии с окружающими.

Сегодня во всем мире отмечается значительное увеличение числа детей с аутистическими нарушениями. Если 20 лет назад наблюдалось 3—4 случая детского аутизма на 10 000 детей, то сейчас 10—20. Рост аутизма в мире уже сопоставим по масштабам с эпидемией. Увеличение числа детей с аутизмом обуславливает необходимость оказания им адекватной и своевременной

коррекционной помощи. Аутичные дети нуждаются в постоянной поддержке и стимуляции для более успешного развития и социальной адаптации. Этого можно добиться, если общество и его институты (детский сад, школа), социальное окружение будут понимать потребности членов его семьи, проявлять компетентность в области обучения и социального развития воспитанников с аутизмом.

Симптоматика аутизма

Качественные нарушения социального взаимодействия:

— отсутствие реакций на эмоции и обращение других людей, соответствия поведения контексту ситуации, эмоциональной и социальной взаимности

в общении, общих интересов с другими людьми;

- неспособность адекватно использовать для социального взаимодействия и контакта: взгляд, выражение лица, жестикуляцию, устанавливать взаимодействие, играть со сверстниками.

Качественные нарушения в общении:

- отсутствие коммуникативного использования речи без попыток компенсировать этот недостаток применением тональности и выразительности голоса, жестикуляции и мимики;
- относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), недостаточная гибкость речевых выражений, повторяющаяся и стереотипная речь;
- нарушения поведения в ролевых и социально-имитационных играх, низкая синхронность и отсутствие взаимности в общении.

Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения, интересы и активность:

- стремление устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни;

— особая привязанность к определенным предметам, действиям (ритуалам), интересам;

— поглощенность, захваченность стереотипными и ограниченными действиями и интересами;

— моторные стереотипии;

— повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

В качестве дополнительных признаков детского аутизма также указывают определенные неспецифические проблемы: страхи, нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность, в том числе и самоагрессия.

При детском аутизме отсутствуют бред и галлюцинации. Важно установить, наблюдается ли аутистическая регрессия (утрата уже сформировавшихся психических функций, навыков). Детский аутизм может сочетаться с нарушениями зрения, слуха.

Классификация аутизма

В настоящее время детский аутизм рассматривают как группу неспецифических синдромов разного происхождения, названных расстройствами аутистиче-

ского спектра (РАС). Перечислим их.

Синдром Каннера — классический или типичный синдром детского аутизма, при котором специфические отклонения в развитии должны отмечаться у ребенка в первые три года жизни, качественные нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения сочетаются с выраженной, хотя неравномерной задержкой психического и речевого развития: отсутствие речи при возможности говорить или ее своеобразие — эхолалии, штампы, искаженное использование личных местоимений. Нередко отмечается умственная отсталость. Только 25% детей с этим синдромом достигают показателей нижней границы интеллектуальной нормы. Однако многие воспитанники с аутизмом обладают хорошим интеллектуальным потенциалом, высокими способностями в какой-то области.

Синдром Аспергера — характеризуется теми же качественными нарушениями общения, социального взаимодействия и стереотипными формами деятельности, интересами, но отсутствует задержка в речевом и умственном развитии. Большинство детей имеют нормальный

общий интеллект. Во внешнем виде обращают на себя внимание отрешенное выражение лица, недостаточно выразительные (застывшая) мимика и жестикация, моторная неловкость, неуклюжесть. Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, гибкости, инициативности и творчества как в интеллектуальной деятельности, так и в общении. При принятии решений им трудно использовать общие понятия, несмотря на способности к этому.

Знания, в том числе школьные, усваиваются избирательно, трудно воспроизводятся и используются в социальном опыте. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу; в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденции к словотворчеству, влечение к аутистическим играм и занятиям, стойкое сохранение аутистических особенностей в подростковом и зрелом возрасте.

Также выделяют атипичный аутизм, аутистический, аутистически подобный синдромы и др. Расстройства аутистического спектра, как правило, сопутствуют другим заболеваниям: органическим поражениям мозга, хромосомным аномалиям, генетическим синдромам, врож-

денным обменным нарушениям, эндокринной патологии и др.

В этих случаях картина аутизма более сглажена и представлена не всеми симптомами, свойственными классическому аутизму. Значительно меньше, по сравнению с аутизмом Каннера, нарушена способность к общению и взаимодействию с окружающими. Дети с РАС часто поддерживают зрительный контакт, более эмоциональны с матерью и родными. Как правило, нет асинхронии в развитии различных сфер жизнедеятельности ребенка. Нередко аутистические проявления усиливаются или, наоборот, смягчаются, становясь почти незаметными в связи с динамикой основного заболевания.

Причины аутизма

Однозначной причины возникновения аутизма не выявлено. Исследователи разных стран не могут прийти к единому мнению по поводу возникновения и механизмов формирования этой патологии. Считается, что аутизм обусловлен наличием нескольких расстройств, появившихся в результате влияния многих факторов, затрагивающих все или несколько функциональных систем мозга на ранней стадии развития. Насчитывается более 30 факторов, провоцирующих

развитие РАС. Можно выделить три основные группы возможных причин.

Первая группа причин связана с наследственностью. Некоторые специалисты считают, что аутизм — наследственная аномалия, передающаяся на генном уровне. Этому есть подтверждение: чаще всего проявления этого нарушения наблюдаются у членов одной семьи. Тем не менее, ученые до сих пор не выявили гены, отвечающие за аутизм.

Вторая группа причин — различные хромосомные (генетические) мутации и врожденные заболевания обмена веществ. Некоторые генетические синдромы и обменные заболевания помимо различных клинических симптомов могут включать в себя и аутистические. К этим заболеваниям относятся: ломкая («фрагильная») X-хромосома, синдромы Ретта, Мебиуса, а также фенилкетонурия, мукополисахаридоз и некоторые другие.

Третья группа причин связана с органическим поражением центральной нервной системы в результате:

— воздействия различных патогенных факторов во время беременности и родов: нейроинфекции и вирусные инфекции, травмы, асфиксия и пр. В этих случаях аутизм рассматривают как резидуаль-

но-органическое состояние нервной системы после перенесенных заболеваний;

- биохимических, нейрохимических и метаболических нарушений. Специальные исследования (цереброспинальной жидкости, анализы крови и мочи) обнаружили, что аутистические симптомы могут возникать вследствие нарушений обмена физиологически активных веществ (серотонина, катехоламинов и дофамина). Имеются исследования, устанавливающие связь между биохимическими сдвигами и аутистическими проявлениями.

Возникновение аутизма связывают и с нарушениями обмена веществ, которые могут приводить к избытку опиоидов в крови, в результате либо повышенной проницаемости кишечной стенки или гематоэнцефалического барьера, либо неполного расщепления некоторых пищевых веществ, в частности глютен пшеницы, молочного казеина. Эти вещества оказывают токсичное воздействие на определенные структуры мозга, что может вызвать аутистическую симптоматику. Исследователи отмечают положительный эффект специальной диетотерапии, исключаяющей из рациона аутичных детей продукты, вызывающие

изменение уровня опиоидной активности;

— токсичного воздействия солей тяжелых металлов (ртути, свинца, кадмия) при вакцинации, неблагоприятной экологии, неправильном питании и др. Результаты ряда исследований показали, что симптомы аутизма могут быть обусловлены отравлением тяжелыми металлами, токсинами, содержащимися в окружающей среде и продуктах питания. Проводились исследования иммунной дисфункции и вакцинации детей как возможной причины возникновения аутизма. Предполагается, что источником отравления могут быть вакцины, в составе которых есть соединение ртути в качестве консерванта. Имеются данные о том, что ограничение применения ртутьсодержащих вакцин в штате Калифорния (США) привело к снижению появления новых случаев аутизма на 25%. В то же время значительное количество детей с аутизмом не получали никаких прививок и не имеют повышенного содержания ртути в крови.

Следует отметить, что все вышеуказанные возможные причины аутизма неспецифичны, т.е. характерны не только для аутистических, но и других нарушений психического развития. Существует совокупность

причинных (наследственных, органических, биохимических, социальных) факторов, влияющих на организм ребенка в определенные периоды его развития. При этом решающую роль в возникновении аутизма играют наследственные и органические факторы, а психогенные — лишь пусковые, провоцирующие или осложняющие проявления аутизма.

Механизмы формирования синдрома детского аутизма

Органическая недостаточность мозга создает особые патологические условия, в которых развивается аутичный ребенок. В формировании психологической структуры синдрома аутизма наиболее значимы два биологических фактора: повышенная чувствительность ребенка и нарушение активности (К.С. Лебединская, О.С. Никольская).

Повышенная чувствительность сенсорной и аффективной (эмоциональной) сфер проявляется в повышении порога чувствительности к зрительным, звуковым, тактильным раздражителям. Воздействия окружающей среды для аутичных детей часто чрезмерны и служат источником неприятных ощущений и дискомфорта. Нередко наблюдается болезненная реакция на обычные

звуки, свет, цвета или прикосновение. Особенно повышенные чувствительность и ранимость наблюдаются при контакте с другим человеком, проявляющиеся в непереносимости взгляда, голоса, прикосновения. Более продолжительное взаимодействие даже с близкими людьми вызывает у ребенка дискомфорт.

Снижение порога сенсорного и аффективного дискомфорта приводит к длительной фиксации неприятных впечатлений, что позже способствует образованию разнообразных страхов, запретов, строгим ограничениям в контактах с миром.

Нарушение активности проявляется в низком психическом тоне и соответственно сниженных возможностях активно взаимодействовать со средой. Из-за слабого энергетического потенциала мозга ребенку с аутизмом свойственны повышенная психическая истощаемость и пресыщаемость, вялость, безучастность, отсутствие активного исследовательского интереса к окружающему.

Особенно дефицит психического тонуса и активности обнаруживается при попытке целенаправленно сосредоточить внимание ребенка, произвольно организовать его поведение. Нарушение активности проявляется также в неспособности

избирательно воспринимать и перерабатывать речевую и социальную информацию, связывать ее с прошлым опытом, гибко использовать в своем опыте и воспроизводить усвоенное в готовой, заданной извне форме.

Эти два врожденных биологических фактора (гиперсензитивность сенсорной и аффективной систем, низкая психическая активность) вынуждают ребенка с аутизмом искать пути приспособления к окружающему миру. В таких патологических условиях развития ему приходится выбирать самые радикальные способы защиты от непонятного, дискомфортного и пугающего мира — аутизм, т.е. уход от контактов с окружающим миром и ограниченные, стереотипные (знакомые и понятные) формы деятельности.

Таким образом, аутизм — не врожденный патологический симптом, выступающий в качестве способа и средства защиты от чрезмерных воздействий окружающей среды. Синдром детского аутизма нельзя рассматривать как нарушение, при котором отсутствует желание общаться, или как сознательный отказ от взаимодействия с окружающими. Многочисленные психологические исследования, наблюдения родителей показали, что дети с аутизмом не только хотят быть

вместе с людьми, но и могут глубоко привязываться к ним.

Аутичный ребенок хочет, но не может, не умеет самостоятельно усваивать общепринятые способы общения и взаимодействия с людьми, которыми другие дети овладевают без всяких усилий в ходе повседневной жизни.

Портрет аутичного ребенка

Если родители внимательно понаблюдают за своим ребенком, то заметят отклонения в его развитии. Возможно, они не смогут объяснить, что их тревожит, но то, что он отличается от сверстников, обнаружат легко.

Уже в младенческом возрасте у детей с аутизмом нарушается синдром оживления, они слабо реагируют на любые раздражители, например на звук погремушки. Даже самого родного человека — маму — такие малыши начинают узнавать гораздо позже своих сверстников. А если и узнают, то не тянут к ней руки, не улыбаются и никак не реагируют на ее попытки пообщаться.

Дети с аутизмом часами могут лежать и смотреть на игрушку, или картину на стене, или неожиданно испугаться собственных рук. Они часто раскачиваются в коляске или кровати, делают однообразные движения руками.

Становясь старше, такие дети не выглядят более живыми, они, наоборот, резко отличаются от сверстников отрешенностью, безразличием к происходящему вокруг. Чаще всего при общении они не смотрят в глаза, разглядывают одежду или черты лица.

Играть в коллективные игры такие дети не умеют и предпочитают одиночество. Может наблюдаться заинтересованность в течение длительного времени одной игрушкой или действиями.

Дети с аутизмом:

- характеризуются замкнутостью, отрешенностью, необщительностью, отстраненностью, безразличием;
- не умеют контактировать с окружающими;
- совершают стереотипные механические движения;
- имеют бедный словарный запас, никогда не употребляют в речи местоимение *я*, о себе говорят во втором или третьем лице.

Мир глазами ребенка с аутизмом

Если дети с аутизмом обладают навыками речи и построения предложений, они рассказывают, что мир для них — сплошной хаос из людей и событий, который им совершенно непонятен. Это связано не только с психиче-

скими отклонениями, но и нарушениями сенсорного восприятия.

Те раздражители внешнего мира, которые для нас вполне привычны, дети с аутизмом воспринимают негативно. Поскольку им трудно воспринимать окружающий мир, ориентироваться в обстановке, это вызывает у них повышенную тревожность.

Когда родителям надо насторожиться?

От природы все дети разные, даже вполне здоровые отличаются своей общительностью, темпами развития, способностью воспринимать новую информацию. Но есть ряд моментов, которые должны насторожить.

- Вы озадачены поведением ребенка. Вас настораживают резкие перемены в его настроении, неадекватное поведение.

- Ребенок избегает контакта, не любит, когда его берут на руки.

- Ребенок чрезмерно чувствителен или, наоборот, безразличен, не реагирует на боль или не переносит резких звуков.

- Ребенок плохо говорит, предпочитает молчать.

- Ребенок в детском саду или другом учреждении избегает общения со сверстниками.

- Когда ребенок изучает новые предметы, то предпочитает пробовать их на вкус или нюхать.

- У ребенка наблюдается навязчивое поведение.
- Часто проявляется полная отрешенность от внешнего мира.
- Наблюдается остановка в развитии, например ребенок знает слова, но в предложения их не складывает.

Если вы заметили у ребенка хотя бы некоторые признаки из перечисленных, стоит показать его врачу и психологу, который даст правильные рекомендации по общению и организации занятий, поможет определить, насколько сильно проявляются симптомы аутизма.

Лечение аутизма

Практически полностью избавиться от симптомов заболевания не получится, но, если родители и специалисты приложат максимум усилий, вполне возможно, что дети приобретут навыки общения и самопомощи. Лечение аутизма должно быть своевременным и всесторонним.

Его главные цели:

- снижение напряжения в семье;
- повышение функциональной независимости;
- улучшение качества жизни.

Терапия подбирается для каждого ребенка индивидуально. Методы, которые дают отличные результаты в одном случае,

могут совершенно не работать в другом. После использования методик психосоциальной помощи наблюдаются улучшения. Это говорит о том, что любое лечение лучше, чем его отсутствие.

Существуют специальные программы, помогающие детям с аутизмом осваивать навыки общения, самопомощи, обретать рабочие навыки, уменьшают проявления симптомов заболевания. Могут использоваться следующие методы:

- трудотерапия;
- логопедическая терапия;
- структурированное обучение;
- обучение социальным навыкам.

Используют и медикаментозное лечение. Назначают препараты, снижающие тревожность, например антидепрессанты, психотропные средства и др.

Нужно изменить и рацион ребенка. Необходимо исключить продукты, возбуждающие нервную систему. В организм должно поступать достаточное количество витаминов и минералов.

Рекомендации для родителей ребенка с аутизмом

При общении с ребенком с аутизмом родители должны учитывать его особенности. Можно дать краткие рекомендации, ко-

торые помогут наладить контакт с ребенком.

- Любите своего ребенка, принимайте его таким, какой он есть.
- Всегда учитывайте интересы ребенка.
- Строго соблюдайте режим дня и ритм жизни.
- Старайтесь выработать и соблюдать определенные ритуалы, которые будут повторяться каждый день.
- Чаще посещайте группу или класс, где обучается ваш ребенок.
- Разговаривайте с ребенком, даже если он вам не отвечает.

• Постарайтесь создать комфортную обстановку для игр и обучения.

- Терпеливо объясняйте ребенку этапы деятельности, используйте при этом картинки.
- Не допускайте переутомления.

Если ребенку поставили диагноз «аутизм», не стоит отчаиваться. Главное — любить малыша и принимать его таким, какой он есть, а также постоянно заниматься, посещать психолога. Кто знает, может у вас растет будущий гений?!

Типы нарушений речевого развития у детей и их клинические проявления

Муратова М.А.,

канд. биол. наук, доцент ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В статье представлены три основные группы общего недоразвития речи, характеризующие состояние речевой функции нервно-психического развития.

Ключевые слова. Общее недоразвитие речи, неврологические дисфункции, кинестетический и динамический праксис, церебрально-органический генез, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Специальные исследования детей с общим недоразвитием речи (ОНР) показали клиническое разнообразие проявлений

этого нарушения. По классификации Е.М. Мастюковой выделяют три основные группы ОНР.

Первая группа — неосложненный вариант ОНР. У детей этой группы наблюдаются лишь признаки общего недоразвития речи, других выраженных нарушений нервно-психической деятельности нет. Отсутствуют локальные поражения центральной нервной системы. В анамнезе большинства детей нет четких указаний на отклонения в протекании беременности и родов. В одной трети случаев выявлен нерезко выраженный токсикоз второй половины беременности или недлительной асфиксии в родах. Часто отмечаются недоношенность или незрелость ребенка при рождении, его соматическая ослабленность в первые месяцы и годы жизни, подверженность детским и простудным заболеваниям. В психическом облике этих детей отмечают отдельные черты общей эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности.

Отсутствие парезов и параличей свидетельствует о сохранности первичных (ядерных) зон речедвигательного анализатора. Отмечаемые же небольшие неврологические дисфункции в основном ограничиваются нарушениями регуляции мышечного тонуса, недостаточностью тонких дифференцированных движений рук, несформированностью ки-

нестетического и динамического праксиса. Это преимущественно дизонтогенетический вариант ОНР.

Несмотря на отсутствие выраженных нервно-психических нарушений в дошкольном возрасте, дети этой группы нуждаются в длительной логопедической коррекционной работе, а в дальнейшем — в особых условиях обучения. Практика показывает, что направление детей с нерезко выраженными речевыми нарушениями в массовую школу может привести к возникновению вторичных невротических и неврозоподобных расстройств.

У детей *второй группы* ОНР сочетается с рядом неврологических и психопатологических синдромов. Это осложненный вариант ОНР церебрально-органического генеза, при котором имеет место дизонтогенетически-энцефалопатический симптомокомплекс нарушений.

При тщательном неврологическом обследовании детей второй группы выявляется ярко выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая не только о задержке созревания ЦНС, но и о негрубом повреждении отдельных мозговых структур. Среди неврологических синдромов наиболее часто встречаются следующие.

Гипертензионно-гидроцефальный — синдром повышенного внутричерепного давления, при котором имеют место увеличение размеров головы, выступающие лобные бугры, расширение венозной сети в области висков. Гипертензионно-гидроцефальный синдром проявляется, прежде всего, в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей, а также быстрой истощаемости и перенасыщаемости любым видом деятельности, повышенной возбудженности. В некоторых случаях при гипертензионно-гидроцефальном синдроме может отмечаться приподнято-эйфорический фон настроения с явлениями дурашливости и благодушия. Эти дети плохо переносят жару, духоту, езду на транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружения.

Церебрастенический синдром проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости, нарушений функций активного внимания, памяти. В одних случаях он сочетается с проявлениями гипервозбудимости — признаками общего эмоционального и двигательного беспокойства; в других — с преобладанием за-

торможенности, вялости, пассивности.

Синдромы двигательных расстройств характеризуются изменениями мышечного тонуса, легкими геми- и монопарезами, нерезко выраженными нарушениями равновесия и координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса. Часто у детей выявляются нарушения мелкой и артикуляционной моторики (в виде легких парезов, тремора и насильственных движений отдельных мышц языка, обуславливающих проявления стертой дизартрии), несформированность общего и орального праксиса.

При обследовании детей второй группы выявляют наличие у них характерных нарушений познавательной деятельности, обусловленных как самим речевым дефектом, так и низкой умственной работоспособностью. Исследование высших психических функций этих детей показывает локальную недостаточность отдельных видов гнозиса и праксиса, что подтверждается данными нейропсихологического и электроэнцефалографического обследования.

Многие дети этой группы отличаются общей моторной неловкостью, они с трудом

переключаются с одного вида движений на другой. Автоматизированное выполнение тех или иных двигательных заданий и воспроизведение даже простых ритмов оказываются невозможными. Для многих из них характерны нарушения общего и орального праксиса.

Указанные нарушения обычно сочетаются с низкой умственной работоспособностью, эмоциональной лабильностью, иногда — двигательной расторможенностью с недостаточностью фонематического восприятия. Незрелость эмоционально-волевой сферы сопровождается повышенной аффективной возбудимостью. Для некоторых детей, напротив, характерны повышенная тормозимость, неуверенность, медлительность, несамостоятельность. Их деятельность носит непродуктивный характер. Дети этой группы обычно испытывают выраженные затруднения при обучении их пониманию количественных отношений, представлений о числе и о натуральном ряде чисел.

У детей *третьей группы* наблюдается стойкое и специфическое речевое недоразвитие, которое клинически обозначается как моторная алалия. По терминологии ряда зарубежных авторов, данная форма патологии обозна-

чается как «афазия развития», или «врожденная афазия». Эти термины возникли по аналогии с моторной афазией взрослых на основе предположения, что при этой форме речевой патологии у детей, так же как и при моторной афазии у взрослых, имеется поражение (недоразвитие) корковых речевых зон головного мозга, и в первую очередь зоны Брока.

В отличие от афазии взрослых, когда имеет место распад сформированной речи, при алалии речь развивается недостаточно в результате раннего поражения (в доречевом периоде) речевых зон мозга. Проблема локализации поражения мозга при моторной алалии широко обсуждается в литературе. В последнее время высказываются предположения о возможности поражения при моторной алалии корковых отделов как левого (доминантного для речи), так и правого полушарий головного мозга. Одновременность поражения обоих полушарий, даже слабой степени выраженности, может объяснить одну из характерных особенностей моторной алалии: слабость, а часто и полное отсутствие спонтанной компенсации речевого дефекта.

Структура речевой недостаточности и процессы компенсации во многом определяются

тем, когда произошло мозговое поражение. В настоящее время доказано, что от времени поражения в значительной степени зависит характер аномалии развития мозга в целом. Наиболее тяжелое поражение мозга обычно возникает в период раннего эмбриогенеза.

Наиболее обширные изменения структуры головного мозга возникают при его поражении на 3—4-м мес. внутриутробной жизни. В зависимости от того, какие отделы нервной системы наиболее интенсивно развиваются в период влияния того или иного вредного фактора, недоразвитие может касаться преимущественно двигательных, сенсорных, речевых или интеллектуальных функций.

Несмотря на различную природу дефектов, у детей с нарушением речи есть типичные проявления, указывающие на системное нарушение речевой деятельности. Один из ведущих признаков — более позднее начало речи: первые слова появляются к 3—4, а иногда — к 5 годам.

В норме в старшем дошкольном возрасте при усвоении грамоты большую роль играет фонематический слух — точнее, различение речевых звуков — восприятия начертания букв, поэтому при недоразвитии речи

страдают все виды восприятия, а также произвольные формы поведения.

Общие закономерности психофизиологического развития дошкольников

В 5,5—7 лет отмечаются бурное развитие и перестройка всех физиологических систем организма: нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, опорно-двигательной. Ребенок быстро прибавляет в росте и массе тела, изменяются его пропорции. В этот период организм функционально готовится к переходу на более высокую ступень возрастного развития, к более интенсивным умственным и физическим нагрузкам, предъявляемым в условиях систематического школьного обучения.

Также в дошкольном возрасте интенсивно развивается психика ребенка, его умственные, художественные, двигательные и другие способности. Однако многие функции мозга остаются незрелыми. В 4—5 лет появляются простые формы произвольной памяти, физиологической основой развития которой служит становление мозговых механизмов внимания и дальнейшего формирования процесса восприятия.

Данный период онтогенеза — сензитивный в образова-

нии многообразных временных связей в структурах головного мозга, поэтому имеет большое значение для развития способностей индивида. Головной мозг шестилетнего ребенка в большей степени приближается к показателям мозга взрослого человека.

Наиболее известной теорией, объясняющей взаимосвязь морфофункциональной организации мозга с поведенческими проявлениями, служит теория А.Р. Лурии, выделившего три основных структурно-функциональных образования (блока), или аппарата мозга, участие которых необходимо для осуществления психической деятельности. Кроме того, каждый из них подразделяется на два относительно автономных блока — правый и левый, обладающих «полушарными» особенностями.

Активационное энергетическое обеспечение психической деятельности (моторной, гностической, интеллектуальной) и поведения в целом осуществляется преимущественно структурами *первого* левого блока мозга. Его лимбические структуры участвуют в мозговом обеспечении эмоционально-личностной сферы.

Второй блок участвует в формировании таких психических функций, как анализ и синтез

сигналов в сенсорных системах. Он состоит из структур, расположенных в задних отделах коры головного мозга (теменной, височной и затылочной области), и имеет модально-специфический характер.

Третий блок реализует контроль за разными формами психической деятельности. Известно, что ведущая роль левого полушария и прежде всего левого блока третьего аппарата мозга заключается в произвольной регуляции психических функций и поведения в целом, а также в реализации преимущественно осознанных речевых форм произвольной регуляции. Правая лобная доля участвует в регуляции процессов наглядно-образного мышления. На основании нейроанатомических и нейрофизиологических данных О.С. Адрианов разработал концепцию, согласно которой мозг представляет собой единую метасистему, состоящую из макросистем (проекционных, ассоциативных, интегративно-пусковых и лимбико-ретикулярных), а те, в свою очередь, из микросистем или микроансамблей. Лимбико-ретикулярная система участвует в регуляции вегетативно-висцеральных отношений и определяет состояние эмоциональной сферы.

При рассмотрении функциональной организации головного

мозга необходимо указать и на принцип колончатой организации коры больших полушарий, разработанный неврологом В. Маунткаслом. Согласно этому принципу, параметры внешнего сигнала представлены отдельно расположенными мини-колонками. Нейроны в составе колонки, селективно настроенные на определенный параметр сигнала, образуют элементарный модуль обратной информации. Совокупность мини-колонок образует макро-колонку, которая соответствует отдельному участку внешнего пространства. При этом колонки обособлены друг от друга функционально благодаря латеральному торможению. Поэтому большое разнообразие свойств внешней среды получает отражение в коре больших полушарий: для каждого участка внешнего пространства осуществляется параллельный анализ свойств представленного там сигнала.

Анализируя выше изложенное, можно говорить о том, что представленные нейрофизиологические закономерности функционирования коры больших полушарий свидетельствуют об интегративной деятельности мозга, в осуществлении которой участвует каждый из блоков, что необходимо для сбора, анализа, хранения раз-

личных видов информации и принятия адекватных решений. При этом вертикальная организация нейронов позволяет проявиться личности ребенка в действии как неделимое целое, включающее в себя и познавательную, и эмоционально-волевою, и другие сферы. При нарушении морфофункционального созревания коры больших полушарий затрудняется развитие высших психических функций: восприятия, произвольного поведения, эмоционально-волевой сферы, речи, мышления и др.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления. Без специального обучения они с трудом осваивают анализ и синтез, сравнение и обобщение. В настоящее время широко обсуждается вопрос взаимосвязи мышления и речи. Эта проблема была поднята еще в трудах античных философов (Аристотеля, Демокрита, Парменида, Сократа, Эпикура), но не нашла своего разрешения и по сей день.

Что такое фонематический слух и фонематическое восприятие?

Консультация для родителей

Поликарпова Л.А.,

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

Аннотация. В статье раскрываются понятия фонематического слуха и фонематического восприятия, перечисляются факторы, влияющие на развитие первого.

Ключевые слова. Фонематический слух, фонематическое восприятие.

Очень часто родители детей с речевыми нарушениями получают от специалистов информацию о том, что у ребенка нарушен фонематический слух или не сформировано фонематическое восприятие. Однако они не знают, что обозначают эти термины. Давайте выясним, что они обозначают, и для чего необходимо проводить работу по развитию и формированию фонематического слуха и фонематического восприятия.

В самый ранний период детства ребенок может произносить множество различных звуков. Однако, слыша преимущественно речь своих родителей, домашних, близких, ребенок совершает сначала подражательные, а потом произвольные движения,

связанные с напряжением различных мышц, участвующих в образовании и распознавании звуков, тренирует механизм звукопроизнесения и слухоразличения. При обучении чтению к речевым двигательным и слуховым анализаторам подключается и зрение. Все это вместе взятое ведет к развитию фонематического слуха — особой способности, от которой зависит развитие речи ребенка, усвоение им родного языка.

Фонематический слух — тонкий, систематизированный слух, позволяющий различать и узнавать фонемы родного языка. Он представляет собой часть физиологического слуха, направлен на соотнесение и сопоставление слышимых звуков с их эталона-

ми, которые хранятся в памяти человека.

Фонематический слух развивается и совершенствуется при активности, тренировке речевых кинестезий (движений), которые, как показали исследования выдающегося русского психолога Н.И. Жинкина, поступают не только от органов речи, но и от множества мышц, не выполняющих собственно речевых движений.

Фонематический слух у ребенка начинает формироваться очень рано. На второй неделе жизни младенец, услышав звук человеческого голоса, перестает сосать грудь матери, прекращает плакать, когда с ним начинают говорить. К концу первого месяца жизни ребенка можно успокоить колыбельной песней. К концу третьего месяца жизни он поворачивает голову в сторону говорящего и следит за ним глазами.

В период появления лепета ребенок повторяет видимую артикуляцию губ взрослого, пытается подражать. Многократное повторение кинестетического ощущения от определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка артикулирования.

С 6 мес. ребенок путем подражания произносит отдельные фонемы, слоги, перенимает тон,

темп, ритм, мелодику и интонацию речи. Уже к 2 годам дети различают все тонкости родной речи, понимают и реагируют на слова, отличающиеся всего одной фонемой (мишка — миска). Так формируется фонематический слух — способность воспринимать звуки человеческой речи. От 3 до 7 лет у ребенка все более развивается навык слухового контроля за своим произношением, умение исправлять его в некоторых случаях.

Понятие «фонематический слух» следует отличать от понятия «фонематическое восприятие».

Фонематическое восприятие — способность различать фонемы и определять звуковой состав слова. «Сколько слогов в слове *мак*?», «Сколько в нем звуков?», «Какой согласный звук стоит в начале, в конце слова?», «Какой гласный звук в середине слова?» Ответить на эти вопросы помогает именно фонематическое восприятие.

Установлено, что уже на ранних этапах развития речи ребенок улавливает некоторые дифференциальные признаки фонем. Трехлетний малыш, еще правильно не произносящий звуки родного языка, способен определить, правильно ли они звучат в речи окружающих. Такое явление возможно благодаря

наличию фонематического слуха и фонематического восприятия.

К 3—4 годам фонематическое восприятие ребенка настолько улучшается, что он начинает дифференцировать сначала гласные и согласные звуки, потом мягкие и твердые, сонорные, шипящие и свистящие.

К 4 годам в норме ребенок дифференцирует все звуки, т.е. у него должно быть сформировано фонематическое восприятие. К этому же времени у дошкольника заканчивается развитие правильного звукопроизношения.

Формирование правильного произношения зависит от способности ребенка к анализу и синтезу речевых звуков, т.е. от определенного уровня развития фонематического слуха, обеспечивающего восприятие фонем данного языка.

Выделим аспекты, на которые оказывает влияние фонематический слух.

- Нарушение фонематического слуха влияет на общеречевое развитие ребенка: на усвоение грамматического строя, словаря, артикуляции и дикции.

- Развитый фонематический слух необходим для выработки орфографического навыка: в русском языке огромное количество орфограмм связано с необходимостью соотносить букву с фонемой в слабой позиции

(русскую орфографию называют фонематической).

- Слабо развитый фонематический слух вызывает трудности при овладении чтением.

- Без сформированности фонематического слуха невозможно овладеть операциями звуковых анализа и синтеза.

- Развитый фонематический слух положительно влияет на формирование всей фонетической стороны речи и слоговой структуры слов.

- Развитый фонематический слух служит неперенным условием успешного обучения грамоте.

Наличия первичного фонематического слуха достаточно для повседневного общения, но недостаточно для овладения чтением и письмом. Необходимо развивать более высокие формы фонематического слуха, при которых дети могли бы делить слова на составляющие их звуки, устанавливать порядок звуков в слове, т.е. производить анализ звуковой структуры слова. Д.Б. Эльконин назвал эти специальные действия по анализу звуковой структуры слов фонематическим восприятием. В связи с обучением грамоте эти действия формируются в процессе специального обучения посредством звукового анализа. Готовность к обучению грамоте

закljučается в достаточном уровне развития аналитико-синтетической деятельности ребенка, т.е. умений анализа, сравнения, синтеза и обобщения языкового материала.

Правильное развитие фонематического слуха и фонематического восприятия лежит в основе усвоения письма и чтения в процессе школьного обучения.

С целью коррекции имеющихся нарушений или профилактики их возникновения необходимо обучать ребенка не только различать и узнавать фонемы на слух, но и анализировать звуко-слоговой состав слов, что позволит избежать появления в дальнейшем стойких ошибок при овладении чтением и письменной речью.

Психологическая поддержка детей

Тюрина И.В.,

учитель-логопед ДО № 2 ГБОУ «Школа № 2051», Москва

Аннотация. В статье рассказывается о психологической поддержке детей с ограниченными возможностями здоровья, даются рекомендации родителям по взаимодействию с ними.

Ключевые слова. Психологическая поддержка, ограниченные возможности здоровья.

Психологическая поддержка — процесс, при котором взрослый сосредоточивается на способностях и возможностях детей с целью укрепления их самооценки, помогает поверить в себя и свои силы, поддерживает при неудачах. Родители ребенка с ОВЗ должны помнить, что от их отношения к нему, правильно-

го поведения, внутрисемейного психологического климата будут зависеть его уверенность, комфортность, удовлетворенность собой и другими людьми.

Поддерживать ребенка можно:

— отдельными словами, высказываниями: «Прекрасно», «Здорово», «Отлично», «Я бла-

годарен тебе за помощь», «Ты молодец» и т.п.;

- прикосновениями, совместными действиями: обнять, погладить, поддержать за руку;
- мимикой: улыбка, кивок головой, подмигивание.

Рассмотрим проявления психологической поддержки детей.

Укрепление уверенности. Самый надежный способ уберечь ребенка от глубоких психологических потрясений — укрепить его уверенность в том, что родители всегда рядом и готовы помочь ему в любых ситуациях, что он любим и его ценят как личность. Произносить слова поддержки: «Я уверен(а), что у тебя это получится»; «Да, это трудно, но я думаю, ты справишься».

Выражение одобрения. Нужно хвалить ребенка за достигнутые успехи, которые он считает значимыми. Одобрение вызывает чувство удовлетворения собой, подкрепляет стремление к достижению новых высот, формирует позицию победителя: «Я горжусь тобой»; «Здорово у тебя получилось»; «Ты хорошо справился».

Положительная ориентация на других людей. Если ребенок воспринимает похвалу только в свой адрес, этого недостаточно. Научите его замечать хорошее в других людях. Чаще собирайтесь всей семьей и обсуждайте успехи всех ее членов.

Поощрение дружеских отношений. Поиск друга — важная проблема для ребенка. Дружба дает возможность осознать то, что ты нужен другим. Ребенку важно находиться в кругу сверстников, чувствовать себя принятым группой: будь то учебный класс или кружок. Если ваш сын или дочь в силу объективных причин большую часть времени проводит в стенах собственной квартиры, пусть ее двери всегда будут открыты для друзей. По возможности помогите ему расширить круг общения со сверстниками, которые навещали бы его дома, проводили время в совместных занятиях.

Рекомендации по организации взаимодействия ребенка с ОВЗ с окружающей средой

- Нужно подготовить ребенка к встрече с незнакомыми людьми. Если он может понять ваши рассказы, поясните, куда придется, чем люди (дети) будут отличаться от старых знакомых. Если ребенок не воспринимает ваших пояснений, особые усилия приложите к подготовке людей, с которыми будете встречаться.

- Наблюдайте за эмоциями своего ребенка. Приготовьтесь к тому, что возможно он будет стремиться спрятаться от окружающего мира, не отходить от вас. Потерпите некоторое время. Общение

с окружением необходимо разумно ограничить.

- Не «навязывайте» ребенка окружающим, если в данный момент кто-то его не воспринимает. Это не его вина, просто предлагаемая среда для игры или общения пока не готова его принять, попробуйте найти способы подготовить окружение к приходу «особого» ребенка, а в случае, если почувствуете нереальность поставленных задач, не отчаивайтесь, ищите других людей, других сверстников. Можно приглашать людей к себе в дом или посещать семьи, имеющие детей с ОВЗ.

Условия воспитания ребенка с ОВЗ

- Большое значение имеет правильный распорядок дня:
 - строгое соблюдение режима питания и сна;
 - чередование занятий, отдыха и прогулок;
 - умеренный просмотр телепередач.
- Важно организовать систематические, целенаправленные занятия:
 - по развитию речи;
 - формированию навыков самообслуживания, двигательных навыков и умений.

Установлено, что наличие определенного порядка создает условия, при которых у ребенка нет оснований для капризов,

отказа подчиняться установленным требованиям. Постепенно он упражняется в умении сдерживаться и регулировать свое поведение.

При упорядоченной жизни в домашних условиях у ребенка расширяется кругозор, обогащается память, формируются наблюдательность и любознательность.

Ежедневно перед ребенком возникают различные проблемы, решить которые можно только при активном использовании своих умственных и физических возможностей, формирующихся на специально организованных занятиях и в самостоятельной бытовой деятельности.

У большинства детей с ОВЗ наблюдается расстройство сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, сон сопровождается кошмарами, иногда плачем и криком. Такой сон не приносит отдыха нервной системе: утром ребенок встает вялым, отказывается от занятий. В таком случае нужно посоветоваться с врачом.

Перед сном нужно создать спокойную обстановку:

- избегать шумных игр;
- просмотра видео- и телепередач и различных резких раздражителей.

У детей с ОВЗ отмечаются:

- повышенная возбудимость;
- беспокойство;

- склонность к вспышкам раздражительности;
- упрямство.

Для них характерна быстрая смена настроения: они то чрезмерно веселы, шумны, то становятся раздражительными, плаксивыми. Разговаривать с ними следует спокойным тоном, проявлять доброжелательность и терпение.

Многие дети с ОВЗ отличаются повышенной впечатлительностью:

- болезненно реагируют на тон голоса;
- отмечают малейшие изменения в настроении матери;
- крайне болезненно реагируют на ее слезы.

Поэтому необходима прежде всего спокойная домашняя обстановка. Переживания по поводу здоровья ребенка, ссоры, слезы в его присутствии недопустимы.

Рекомендации по формированию самообслуживания и гигиены у детей с ОВЗ

- Учить ребенка пользоваться личными предметами ухода за волосами, лицом, руками.
- Формировать умение пользоваться туалетом.
- Учить правильно оценивать свой внешний вид, одеваться.
- Уметь ждать приглашения к столу.

- Учить соблюдать чистоту за столом.

- Формировать умение пользоваться салфеткой, платком.

- Учить не стучать столовыми приборами, благодарить за пищу.

- Учить просить помощи.

- Формировать умение решать, что необходимо делать сначала, как нужно делать.

- Учить не бросать работу, если она не получается.

Формирование социальных навыков у детей с ОВЗ представлено на рисунке.

Модель воспитания ребенка с ОВЗ

Выделяют четыре *стиля воспитания детей с ОВЗ*.

- **Гиперопека.** Характеризуется расширением сферы родительских чувств. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребенка, у матери отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно-психической напряженности. Стиль поведения взрослых членов семьи характеризуется сверхзаботливым отношением к ребенку, мелочной регламентацией образа жизни семьи в зависимости от его самочувствия, ограничением социальных контактов. Данное семейное воспитание характерно для семей, где нет отца.

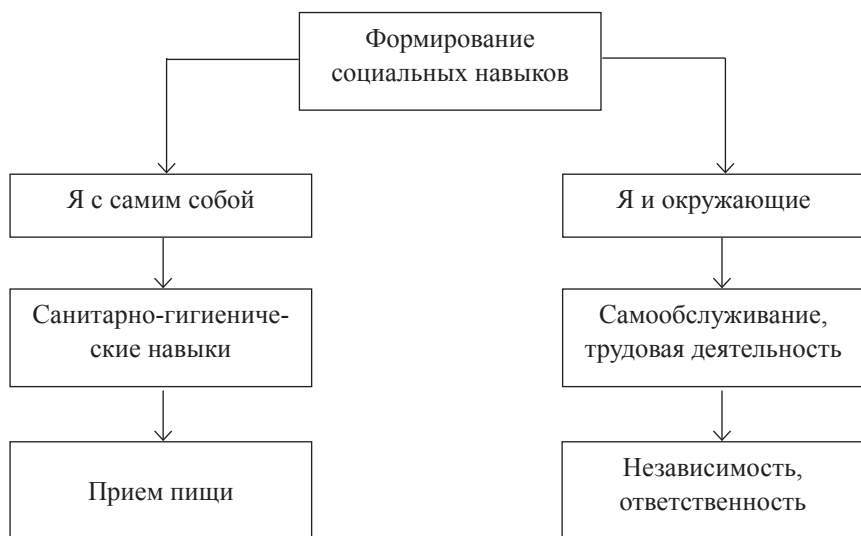


Рис. Формирование социальных навыков у детей с ОВЗ

- **Гипопротекция.** Отличается снижением эмоциональных контактов родителей с ребенком, проекцией на него со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Члены семьи уделяют большое внимание лечению детей, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счет их эмоционального отвержения. Отношение к стрессовой ситуации накладывает сильный отпечаток на способ выхода из нее, избираемый семьей.

- **Сотрудничество.** Конструктивная и гибкая форма взаимо-

ответственных отношений родителей и ребенка в совместной деятельности. Как образ жизни такой стиль возникает при вере родителей в успех своего ребенка, опоре на его сильные стороны, при последовательном осмыслении необходимого объема помощи, развитии самостоятельности в процессе становления особых способов его взаимодействия с окружающим миром.

- **Репрессивное семейное общение.** Характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию. Члены семьи пессимистично смотрят на будущее ребенка, постоянно ограничивают его права. В этих семьях от ребенка требу-

ют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, родительских предписаний, не учитывая при этом его двигательных, психических и интеллектуальных возможностей. За отказ от выполнения этих требований нередко прибегают к физическому наказанию.

Выделяют несколько *моделей отношения родителей к дефекту ребенка с ОВЗ*, что определяют стратегию и тактику его воспитания.

- Модель «охранительного» воспитания. Связана с переоценкой дефекта, что проявляется в излишней опеке ребенка. В этом случае его чрезмерно балуют, жалуют, оберегают от всего, не поручают даже посильных для него дел. Взрослые все делают за ребенка и, имея благие намерения, по сути, делают его беспомощным, неумелым, бездеятельным. Он не овладевает простейшими навыками самообслуживания, не выполняет требований старших, не умеет вести себя в обществе, не стремится к общению с другими детьми. Таким образом, модель «охранительного воспитания» создает условия для искусственной изоляции ребенка с ОВЗ от общества и приводит к развитию эгоистической личности с преобладанием пассивной потребительской ориентации. В будущем такой человек из-за

своих личностных особенностей с трудом адаптируется в коллективе.

- Модель равнодушного воспитания. Приводит к возникновению у ребенка чувств ненужности, отвергнутости, одиночества. Он становится робким, забитым, теряет присущие детям доверчивость и искренность в отношениях с родителями. У детей воспитывается умение приспосабливаться к окружающей среде, равнодушное недоброжелательное отношение к родственникам, взрослым и другим детям.

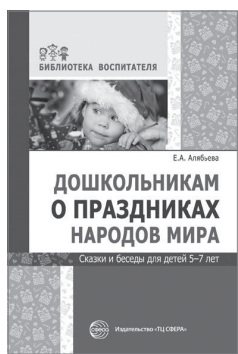
Следует отметить, что обе модели семейного воспитания в равной степени вредят детям. Игнорирование дефекта, воспитание, опирающееся на неоправданный оптимизм в отношении ребенка с ОВЗ («все пути для тебя открыты») могут привести к глубокой психической травме, особенно, когда при выборе профессии подросток или юноша понимает ограниченность собственных возможностей. В тех случаях, когда родители предъявляют ребенку непосильные требования, заставляя его прилагать чрезмерные усилия для их выполнения, он перенапрягается физически и страдает морально, видя недовольство взрослых. Родители, в свою очередь, испытывают чувство неудовлетворенности.

Представляем новинки января 2018 г.

**РАБОТА СТАРШЕГО ВОСПИТАТЕЛЯ
ДОО С ПЕДАГОГАМИ****Нормативные документы и практика**

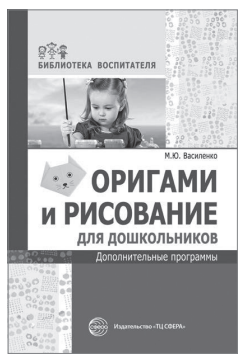
Автор — Волобуева Л.М.

Книга посвящена организации деятельности старшего воспитателя (заместителя заведующего по учебно-воспитательной и методической работе). В ней рассматриваются основные нормативные документы, необходимые для организации методической работы, виды деятельности: планирование и организация работы педагогов, повышение квалификации, аттестация, требования и рекомендации по оснащению и функционированию методического кабинета, организация контроля.

**ДОШКОЛЬНИКАМ О ПРАЗДНИКАХ
НАРОДОВ МИРА****Сказки и беседы для детей 5—7 лет**

Автор — Е.А. Алябьева

Сказки знакомят дошкольников с традициями народов мира, ярко проявляющимися в праздниках, показывая отличия в проведении общемировых праздников. Стремление к познанию мира всегда соотносится с интересом и симпатией к определенному народу. Именно сказки дают такую возможность. Через них взрослый может ввести ребенка в пока такой далекий и непонятный для него мир. Они становятся предвестниками реального познания взрослым культуры и традиций других народов.

**ОРИГАМИ И РИСОВАНИЕ
ДЛЯ ДОШКОЛЬНИКОВ****Дополнительные программы**

Автор — Василенко М.Ю.

В методическом пособии представлены программы дополнительного образования детей дошкольного возраста по художественно-эстетическому направлению развития с тематическим планированием и конспектами занятий на примере программ по оригами «Мир открытый» (для детей 4—7 лет) и рисованию «Радуга» (для детей 3—5 лет).

Использование в работе данного методического пособия позволит педагогу содействовать воспитанию гармонично развитой личности и лучше подготовить ребенка к обучению в школе.

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

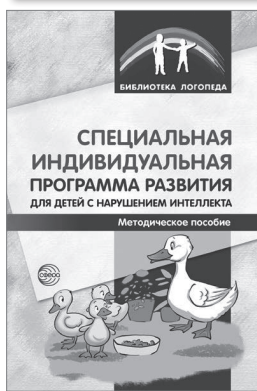


ПОЗИТИВНЫЕ СКАЗКИ

Беседы с детьми о добре, дружбе и трудолюбии

Автор — Савченко В.И.

В книге представлены познавательные сказки для детей старшего дошкольного возраста, в которых рассказывается о добре, дружбе, толерантности, культуре общения, вежливости и трудолюбии. Они способствуют позитивной социализации. После каждой сказки даны вопросы, направленные на развитие памяти, наблюдательности и фантазии.



СПЕЦИАЛЬНАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Методическое пособие

Авторы — Т.Ф. Баранова, С.М. Мартыненко, Б.М. Басангова, Т.Д. Шоркина

В пособии изложены теоретические подходы и практические рекомендации по составлению специальной программы развития для детей с нарушениями интеллекта, приведены примеры ее заполнения.

Книга адресована дефектологам, воспитателям, логопедам, педагогам-психологам.



ИГРАЕМ СО ЗВУКАМИ.

ЗВУКИ [P], [P']

ИГРАЕМ СО ЗВУКАМИ.

ЗВУКИ [L], [L']

Авт.-сост. — Танцюра С.Ю.

Издания для обучения детей 4—7 лет чтению представляют собой 12 обучающих картинок, состоящих из 36 карточек и 3 игр. В игровой форме ребенок познакомится с сонорными звуками [P], [P'], [L], [L'], научится правильно их произносить, выполнит артикуляционные упражнения и гимнастику, укрепляющую мышцы языка и губ. Каждая из представленных игр направлена на отработку звуков изолированно, в слогах, словах и в составе предложений.



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



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (4); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804 Подписка только в первом полугодии	39757 Без рабочих журналов	10399 Без рабочих журналов
Комплект для руководителей ДОО (малый): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		
Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет	ДЕТСКИЕ издания	34280	16709
Мастерилка: для детей 4—7 лет		34281	16713

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**
36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечать»

Если вы не успели подписаться на наши издания,
то можно заказать их в интернет-магазине: www.sfera-book.ru.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка
РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

В следующем номере!

- Болезни с наследственным предрасположением
- Организация деятельности психолого-медико-педагогической комиссии
- Невротические расстройства у детей
- Психосексуальное развитие дошкольников и его нарушение

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине www.tc-sfera.ru. В Москве можно заказать курьерскую доставку изданий по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, e-mail: sfera@tc-sfera.ru. (В заявке укажите свой точный адрес, телефон, наименование и требуемое количество.)



**«Медработник ДОУ»
2018, № 1 (77)**

**Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475**

Журнал издается с 2008 г.

Выходит 8 раз в год
с февраля по май, с сентября по декабрь

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор О.В. Дружиловская

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.В. Пучкова

Оформление, макет Т.Н. Полозовой

Дизайнеры обложки

В. Чемякин, М.Д. Лукина

Корректор Л.Б. Успенская

Точка зрения редакции может не совпадать
с мнениями авторов. Ответственность
за достоверность публикуемых материалов
несут авторы.

Редакция не возвращает и не рецензирует
присланные материалы.

При перепечатке материалов
и использовании их в любой форме,
в том числе в электронных СМИ,
ссылка на журнал «Медработник ДОУ»
обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи
и охраны культурного наследия
Свидетельство ПИ № ФС 77-28788
от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,
36804 (в комплекте),

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте).

Адрес редакции: 129226, Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.
Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

Рекламный отдел:

Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 23.01.18.
Формат 60×90^{1/16}. Усл. печ. л. 8,0.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2018
© Т.В. Цветкова, 2018



ДЕРЖИМ ФОКУС!

**Приглашаем Вас на наши странички
в социальных сетях**

Подпишитесь на наши странички и узнавайте
первыми о новостях издательства

Творческий Центр СФЕРА



www.instagram.com/tvorchesky_centra_sfera



www.vk.com/sferabook



www.facebook.com/groups/tcfera



www.ok.ru/tcsferaok

Издательство «Карапуз»

www.instagram.com/karapuzbook



www.vk.com/karapuzbook



www.facebook.com/karapuzbook



Подписавшись на наши группы Вы сможете:

- следить за обновлениями ежедневно и всегда быть в курсе новостей
- участвовать в интересных акциях, конкурсах, викторинах и розыгрышах подарков
- легко и удобно рекомендовать друзьям интересные материалы
- оперативно получить ответ на Ваш вопрос у администратора сообщества

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!