

СБОРНИК ТРУДОВ

**РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ
ВОПРОСЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ**



НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР
«БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИНКЛЮЗИИ»
ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НАУКИ
ИНСТИТУТ ФИЗИОЛОГИИ им. И.П. ПАВЛОВА
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

СБОРНИК ТРУДОВ

**РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ
ВОПРОСЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2019

УДК 316.356.2
ББК 60.561.7
Р22

Составитель сборник:

Стружкин Максим Леонидович,

Редакционная коллегия:

Кожевникова Елена Валерьевна

Огородникова Елена Александровна

НОЦ «Биологические и социальные основы инклюзии»

Института физиологии им. И.П. Павлова РАН

ISBN 978-5-00105-497-9

«Ранняя помощь детям и их семьям. Вопросы сопровождения в образовательном процессе». Сборник трудов. Санкт-Петербург: ЛЕМА, 2019. 76 с.

В сборник включены материалы, представленные на III Международной школе-семинаре по ранней помощи детям и их семьям, проведенной 27-31 мая 2019 г. НОЦ ИФ РАН и его партнерами: ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», Государственный музейно-выставочный центр РОСФОТО.

Основная идея школы-семинара и настоящего сборника - обмен опытом передовых отечественных и международных практик по организации системы ранней помощи, обучения молодых специалистов (исследователей и практиков в области физиологии, медицины, педагогики, социальной работы, психологии), развития научно-обоснованных программ ранней помощи детям и их семьям, их распространения в различных регионах России и странах мира, сопровождения детей с особыми потребностями в образовательном процессе.

Круг обсуждаемых вопросов: разные аспекты ранней помощи; формирование «команды вокруг ребенка»; развитие телемедицины; результаты исследований; вопросы сопровождения детей с нарушениями развития в образовательном процессе и обучения специалистов.

ISBN 978-5-00105-497-9

© ООО «Издательство «Лема», 2019

© коллектив авторов, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Масюкевич С.Ю.	Организация работы ранней помощи в Ленинградском областном ГБУ «Выборгский комплексный центр социального обслуживания населения «Добро пожаловать!» в 1997-2019 гг.	6
Герштейн Ю.Е.	Ведение интегративных групп - опыт работы	11
Стружкин М.Л.	Команда вокруг ребенка» – одна из методик в организации ранней помощи детям и их семьям	13
Мальцева М.Н.	Задачи эрготерапевта в абилитации детей с нарушениями развития	19
Растоскуева М.В.	Психологическое сопровождение детей раннего возраста	24
Елисеева В.В., Сулимова О.В., Растоскуева М.В.	Программа развития и обучения родителей с детьми раннего возраста «Успешный малыш»	28
Кузнецова Т.Г.	Развитие и обучение детей дошкольного возраста	34
Родина Е.А.	В детский сад иду без слёз	39
Климон Н.Л., Акулич И.В., Марейчева Е.Ю.	Комплексные занятия по раннему развитию для детей от 2-х до 3-х лет совместно с родителями в рамках Лекотеки	45
Лабутина О.В.	Арт-терапия в условиях специального школьного образования	48
Сунцов С.А.	Формирование учебного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра средствами адаптивной физической культуры	51
Ахметова И.Н.	Использование метода сенсорной интеграции в логотерапии для детей с системными нарушениями речи	54
Носарева М.А., Кочуков В.А., Леонов А.С., Гаврин Н.А.	Что видит синий мишка в зеркале эмоций? (применение информационных технологий в работе с детьми с аутизмом)	58
Белимова П.А.	Юзабилити - ранней помощи. Аспекты и перспективы взаимодействия	61
Мананкова-Бое С.	Телемедицина. Развитие, проблемы и сотрудничество	63
Смирнов А.Н.	Взгляд родителя на вопросы воспитания ребенка с синдромом Дауна	67
Галкина Е.В., Краснощекова С.В.	Особенности освоения грамматических категорий русского языка (род, число, падеж) детьми в норме, в ситуации двуязычия, с диагнозом ОНР и ДЦП	72

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ЛЕНИНГРАДСКОМ
ОБЛАСТНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
«ВЫБОРГСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ «ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ!»
в 1997-2019 гг.**

Масюкевич Светлана Юрьевна

*директор ЛОГБУ «Выборгский КЦСОН «Добро пожаловать!»
г. Светогорск*

Тема развития детей с различными нарушениями в настоящее время достаточно актуальна как для родителей, так и для специалистов, работающих в области развития детей раннего возраста. В программу раннего вмешательства включаются около 100 детей с нарушениями и риском развития. Из них в среднем 30% детей имеют тяжелые функциональные нарушения.

До открытия отделения раннего вмешательства в городе Светогорске детям с различными функциональными нарушениями оказывалась только медицинская помощь. Дети находились либо в больнице, либо в семье. Вопрос о посещении детских учреждений и развитии не рассматривался. Родители должны были нести ответственность за своего ребенка, имея много вопросов по уходу и развитию, но не имея на них ответов. Психологическая поддержка родителям оказывалась нерегулярно и в минимальной степени (с точки зрения сочувствия, сострадания).

В 1997 г. реабилитационный Центр один из первых в Ленинградской области открыл Отделение раннего вмешательства (ОРАВ) в городе Светогорск. Основная задача Отделения - профилактика детской инвалидности. Отделение раннего вмешательства на тот период обслуживало бесплатно всех рождённых в городе детей от 0 до 3 лет. Благодаря межведомственной взаимосвязи с детской поликлиникой, молодые мамы имели возможность получить направление от участковых педиатров и детского невролога в ОРАВ для диагностики раннего развития детей. Особое внимание уделялось детям из группы биологического риска (недоношенные, маловесные при рождении, с родовыми травмами), которым в будущем, с большой степенью вероятности, грозило отставание в развитии.

С 1998 по 2001 гг. Центр участвовал в долгосрочном зарубежном проекте и являлся областной научно-экспериментальной площадкой по теме: «Выявление и коррекция нарушений развития у детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) – как средство профилактики детской инвалидности».

Проект предоставил возможность специалистам центра овладевать международно-признанными технологиями помощи детям с особым здоровьем и их семьям, получая знания из «первых уст» - от людей, успешно занимающихся проблемой оказания помощи детям раннего возраста в России и за рубежом. Полезными для профессионального роста сотрудников были открытые консультации и супервизии в рамках проекта. Все это позволило ввести в рабочую практику учреждения новые технологии, методы, методики поддержки детей раннего возраста с различными нарушениями. Знания, полученные в проекте, в некоторой степени изменили и профессиональное мировоззрение специалистов центра.

Была создана команда специалистов-профессионалов, которые прошли обучение в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства и в дальнейшем с большим увлечением до сегодняшнего дня работают в нашей службе: специалист по речи (учитель-логопед), специальный педагог (учитель-дефектолог), педагог-психолог, врачи (педиатр и невролог), инструкторы по массажу и ЛФК (лечебной физической культуре).

В рамках экспериментальной работы в 2001 году успешно реализован русско-финский проект «Создание консультативной городской службы по вопросам здорового материнства и детства «Здоровая мама – здоровый малыш». В рамках этого проекта специалистами Центра были разработаны новые социальные программы:

- Специальная программа для беременных женщин **«Здоровый младенец»**, которая включала в себя 2 этапа:

1 этап – курс подготовки будущей мамы «Я – это мы»

2 этап – послеродовая абилитация матери и ребенка «Вот и он – мой малыш».

На 2 этапе выявляются уже дети группы биологического риска, что позволяет обратить на них особое внимание уже в первые месяцы жизни.

- Успешно работала программа **«Юная мама»**, которая оказывала комплекс социальной и психологической помощи «маленьким мамам до 18 лет».

В данный момент времени работа с детьми от 0 до 3 лет, не имеющих статус «ребёнок-инвалид» проводится в качестве дополнительных платных социальных услуг по следующим направлениям:



При этом дети-инвалиды, получающие услуги по индивидуальной программе предоставления социальных услуг (ИППСУ), обслуживаются бесплатно. основе работы с детьми раннего возраста лежит Командный принцип.

Команда специалистов, работающая с детьми от 0 до 3 лет:

- Невролог
- Специальный педагог (учитель-дефектолог)
- Специалист по речи (учитель-логопед)
- Педагог-психолог
- Инструктор ЛФК
- Медсестра по массажу

Невролог собирает анамнез ребенка, осматривает его, делает заключение и назначения при необходимости.

Учитель-дефектолог и учитель-логопед определяют уровень когнитивного, речевого развития ребенка, его коммуникативность, умение вступать в игру.

Задача детского психолога – в процессе наблюдения понять, с чем связаны особенности поведения ребенка, которые волнуют родителей. Психолог обращает внимание на позицию мамы по отношению к ребенку, на ее реакцию на детские действия, которая может выражаться в равнодушии или поддержке

ребенка, эмоциональном присоединении к нему. Специалист оценивает уровень внутреннего благополучия ребенка, его психологические потребности.

Инструктор ЛФК и медсестра по массажу осуществляют оздоровительные мероприятия по назначению невролога.

✓ *Клуб для беременных женщин «Девять месяцев счастья»*

Задачи клуба: знакомство со способами налаживания эмоционального контакта со своим ребенком, оказание помощи в борьбе с негативными чувствами, создание радости ожидания, организация психологической помощи в период беременности

- Индивидуальное психологическое консультирование
- Релаксация
- Арт-терапия
- Изготовление игрушек для раннего развития малыша
- Ответы на волнующие вопросы

✓ *Диагностика*

Первичная диагностика – получение информации о ребенке и анализ данных, собранных в процессе психолого-медико-педагогического обследования (команды специалистов). А так же выявление сильных и слабых сторон в развитии ребенка, определение зон, на которые можно опереться в процессе работы с мамой и ребенком (интеллектуальные и эмоциональные стороны)

На первичном приеме очень важно расположить родителей к себе, т.к. от этого зависит:

- дальнейшая работа с ребенком и родителями;
- прислушаются ли и воспользуются ли родители советами и рекомендациями специалистов и тем самым получают реальную поддержку;
- придут ли родители на повторную консультацию или занятие.

С целью выявления задержки развития в раннем возрасте, в отделении проводится диагностика по разным направлениям:

- скрининг зрения и слуха;
- оценка двигательного и когнитивного развития;
- обследование по шкалам KID, RCDI.

✓ *Консультирование для родителей*

- Получение информации об особенностях развития ребёнка раннего возраста
- Получение информации о создании комфортной развивающей среды для ребенка
- Обучение навыкам эффективного построения диалога с ребёнком

✓ *Занятия*

На индивидуальных занятиях специалисты работают над:

- интеллектуальным развитием ребёнка;
- формированием у ребёнка таких свойств личности, как самостоятельность и уверенность в себе, активность;
- обучением родителей эмоциональному взаимодействию со своим ребёнком.

Работа в мини-группах направлена на создание благоприятных условий для социального и эмоционального развития ребёнка:

- умение общаться, разрешать конфликты;
- возможность выражать свои чувства, желания и эмоции;
- приспособление своих желаний к внешним правилам.

Групповые занятия решают следующие задачи:

- более успешное взаимодействие ребенка со сверстниками, родителями и другими взрослыми;
- социальная адаптация ребенка и более активное включение его в новое детское учреждение
- ранняя инклюзия детей-инвалидов.

Технологии раннего вмешательства заставляют нас «дышать в ритме семьи» современных родителей, воспринимать родителя как равноправного партнера. При этом важнейшими задачами специалиста-профессионала является сохранение и развитие у родителей чувства уверенности в себе и в своей способности помочь ребенку. Такое партнерство ориентировано на активность. Родитель может вносить в программу помощи ребенку свои предложения по решению понятных повседневных проблем семьи, а, значит, будет мотивирован на максимальное включение выполнения программы в привычную жизнь семьи. Дома будет меньше «специально организованных занятий» и больше «специально организованного жизненного пространства» для обучения в естественной для ребенка деятельности (игре, общении с родителями, другими детьми, выполнении режимных моментов).

ВЕДЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНЫХ ГРУПП - ОПЫТ РАБОТЫ

Герштейн Юлия Евгеньевна

*логопед, специалист по ранней коммуникации Отделение Абилитации
СПбГБУЗ «Детская поликлиника 30»
г. Санкт-Петербург*

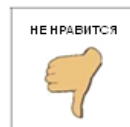
Все мы, люди разного возраста, нуждаемся в общении. Мы принадлежим к разным группам, которые составляют наш индивидуальный круг общения: возрастной, семейный, дружеский, профессиональный, связанный с интересами и увлечениями.

Возможность общаться с помощью речи, на знакомом языке позволяет нам взаимодействовать с разными людьми, расширяя свой опыт и делая жизнь более интересной и насыщенной.

На схеме приведенной ниже, я попыталась показать, как выглядит круг общения практически здорового человека и человека с инвалидностью. Схема, конечно условная, жизнь более сложна, но все же...



Свой круг обеспечивает понимание и поддержку. Людям с инвалидностью трудно выбраться за его пределы. Ограничения сенсорные, двигательные, языковые создают препятствия в общении.



Окружающие, не имея опыта общения с людьми с подобными ограничениями, оказываются не готовы вступить в диалог с ними, т к не имеют опыта такого общения.



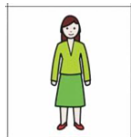
Ранний опыт общения в смешанных интегративных группах, возможно, поможет частично преодолеть коммуникативный барьер. **Интегративные группы** – это группы, где дети с инвалидностью занимаются вместе со сверстниками без тяжелых проблем со здоровьем

Общие моменты формирования групп



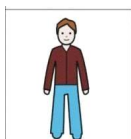
Основой нормальной работы группы является удовлетворение потребностей всех участников

Знакомиться с участниками отдельно. Не брать малышей с тяжелыми нарушениями поведения.



Ведущий группы:

- проводит, организует игры, следит за групповой динамикой,
- видит «всех и каждого», строит дальнейшие занятия с учетом особенностей участников



Тьютор - индивидуальный помощник включаемой пары. Он организует взаимодействие, мягко включается в работу группы, переводит с языка альтернативной коммуникации, уходит в сторону или уменьшает количество поддержки.



Оба специалиста работают в тандеме, чувствуя намерения друг друга.

Структура занятия включает: приветствие игры в круге, свободную активность, творческую часть, прощание.



Как включать в занятие пару для интеграции (мама + малыш)?

- лучше после того, как группа сработается и люди познакомятся с правилами и структурой занятия, привыкнут друг к другу,
- педагогу и тьютору желательно быть знакомым с особенностями интегрируемого ребенка, с его возможностями,

- подготовить малыша и маму на индивидуальных занятиях, организовывая те же игры, задания, игрушки, что и в группе,
- показать видео занятия, ответить на вопросы родителей, обещать поддержку со стороны ведущих.



«Визуальная» и «языковая поддержка», для мам с нарушениями слуха. Знакомый язык жестов помогает создать необходимый уровень доверия к специалисту и адаптировать маму и малыша.



Важно также предложить родителю и ребенку гибкий режим занятий: если он устал, то должна быть возможность выйти в соседнее помещение и отдохнуть. При этом должны быть предоставлены игрушки и питьевая вода.



Нахождение в среде сверстников и наблюдение за ними положительно сказывается на развитии малыша. Умение общаться с разными людьми, быть чуткими, учиться разным способам коммуникации обогатит опыт всех участников группы, обогатит опыт всех участников группы.

В данной статье использована система дополнительной коммуникации для людей с аутизмом - «карточки пекс», которые применяются в качестве визуального опорного плана.

<http://www.logopedy.ru/portal/logopeduseful/471-2018-02-18-07-57-32.html> - интернет публикация, где можно познакомиться с примерами введения в интегративные группы мам и малышей с нарушениями слуха и синдромом Дауна.

КОМАНДА ВОКРУГ РЕБЕНКА (TEAM AROUND CHILD) – ОДНА ИЗ МЕТОДИК В ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Стружкин Максим Леонидович

*сотрудник лаборатории психофизиологии речи
и научно-образовательного центра
«Биологические и социальные основы инклюзии»
Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН
г. Санкт-Петербург*

В современном урбанистическом мире наша жизнь стремительна и быстротечна. Мир стал очень быстро меняться, и мы стараемся приспособиться к этим изменениям. Несмотря на вызовы этого мира с его монетизацией и политизацией, в нас по-прежнему «живут» человеческие ценности, такие как любовь, забота о близких, преданность, терпение и главное для людей, заложенное природой, стремление к продолжению рода - рождение ребенка. Многие ждут этого момента, возлагая на ребенка большие надежды и свои несбывшиеся мечты!

Но что делать, если все ожидания и надежды рухнули вместе с появлением ребенка, потому что он «не такой, как все»? Как преодолеть этот

тяжелейший стресс? Ведь находясь в таком состоянии какое-то время, родители теряют оптимизм и веру в будущую хорошую жизнь.

Ниже приведены положения, которые наверняка найдут понимание у многих родителей.

1. Было бы хорошо, если бы родители чувствовали, что они выслушаны и получили поддержку в понимающем обществе!
2. Было бы хорошо, чтобы ребенок общался с окружающим миром как и любой другой («нормальный, здоровый») ребенок!
3. Было бы хорошо, если бы родители были экспертами во всем (!) для своего ребенка!

Так на чем же основан подход «Команды вокруг ребенка» (КВР)? Что в нем особенного и что выделяет его среди множества методик ранней помощи? Как и многие системы ранней помощи КВР основана на семейно-центрированном подходе, но в отличие от других – в КВР семья принимает непосредственное участие в формировании самой команды и в создании междисциплинарного плана развития ребенка. Как правило, членами КВР, помимо родителей и ребенка, являются: педиатр, учитель, бабушка или дедушка, медсестра и/или няня. Состав КВР определяется родителями и число членов команды не должно быть большим, чтобы из семейной команды она не перерастала в глобальную конференцию с множеством специалистов из различных ведомств и служб.

Цель КВР состоит в том, чтобы предотвратить фрагментацию и хаос, которые часто испытывают семьи, когда люди, работающие с ребенком, проводят свою работу отдельно друг от друга. Встречи КВР являются неформальными и проходят в атмосфере тепла, позитива, уверенности и готовности помочь. Личное знакомство, сочувствие и честность являются ключевыми элементами в отношениях между членами КВР. Такое отношение человеческой порядочности прокладывает путь к доверию и подлинному партнерству.

Подход «команда вокруг ребенка» представляет собой коллективные действия людей, искренне заинтересованных и знающих подробности о жизни и здоровье ребенка и его семьи. Ребенок рассматривается целостно и как часть общей семьи. Таким образом, план действий является всеобъемлющим. Этот подход способствует развитию горизонтальных, а не иерархических (вертикальных) отношений, выстраивая взаимодействие друг с другом «на равных».

Каждая отдельная КВР, действуя, как единая система ранней помощи, позволяет:

- видеть все аспекты жизнедеятельности ребенка (например, личность, сильные и слабые стороны, предпочтения, генетическое наследование), взаимодействующие друг с другом для создания уникальной системы;
- рассматривать нарушения и инвалидность каждого ребенка как взаимосвязанные части возникающего, уникального и многогранного состояния;
- объединить людей, тесно вовлеченных в единую систему ранней помощи, вокруг ребенка и семьи;
- интегрировать, при необходимости, отдельные виды лечения, различные терапии и образовательные программы в единый подход.

Основными аспектами, которые непременно должны присутствовать в такой системе, являются следующие:

1. Уважение

Все дети, независимо от их состояния здоровья, расы, пола, и т.д. достойны уважения как дети, как личности, как люди.

Еще до рождения ребенка каждый родитель, будь это мама или папа, с нетерпением ждет своего ребенка, представляя себе каким будет его ребенок, и как вместе с ним можно будет проводить время, гулять, играть – то есть наслаждаться жизнью всей семьей. Но зачастую, рождение ребенка с нарушениями здоровья, несет в себе сильные вызовы для каждого родителя и семьи в целом. В этот период необходимо держаться друг друга и понять, что именно этот ребенок – это тот желанный человек, которому требуется любовь, забота, чувство безопасности, бережный уход и, конечно же, игры и развлечения.

Когда ребенок рождается, то все – родители, родственники, друзья семьи – спешат поздравить новоиспеченных пап и мам с днем рождения их чада. Этот момент важен для всех родителей, но более значим для тех семей, где ребенок родился с какими-либо нарушениями. Очень важно, чтобы каждый из круга общения родителей, присоединился к празднованию рождения новой жизни. Хуже всего, когда окружающие, узнав, что с вашим ребенком что-то не так, начинают избегать общения с вами.

Некоторые родители не выходят с ребенком на прогулки на улицу, чтобы не попасть в неловкое положение, считаясь с различными предрассудками, такими как: осуждение, насмешки, презрение, излишнее внимание. Очень

важно в такой ситуации найти родительскую группу с детьми, имеющими похожие нарушения, в общении с которой ребенок и родитель смогут расслабиться, без опаски и весело проводить время без ощущения изоляции себя и своего ребенка. Это понижает уровень стресса и приближает семью к «нормализации» своей жизни. Помочь семье в создании таких условий могут и члены КВР, кто знаком с подобными родительскими группами.

Еще один важный акцент, который обязательно должен присутствовать при общении с родителями уже при проведении пренатальной диагностики - это проявление особого внимания к еще не рожденному ребенку и его праву на жизнь, уважение к достоинству будущего малыша.

2. Качество жизни.

Семьи с детьми, которым требуется дополнительная помощь, чрезвычайно загружены постоянными встречами с различными специалистами, до которых еще нужно добраться, постоянной оценкой состояния здоровья и различного лечения. В этот список можно добавить и домашнее визитирование различными специалистами, которые зачастую проводят опросы и обсуждают свои рекомендации. Как же все успеть и просто «не лопнуть» от этого?

Стресс родителей от такой загруженности только усиливается, что естественно сказывается на эмоциональном состоянии всех членов семьи, в том числе и ребенка. Для некоторых семей со временем ситуация стабилизируется и напряжение понижается. Но есть семьи, где оно только увеличивается, принося все больше сложностей в их повседневную жизнь. Нельзя также забывать про индивидуальные особенности детей. Кто-то «схватывает» все на лету и еще полон сил и активен, кто-то после встреч и различной терапии становится утомленным и напряженным. При такой безумно занятой жизни сон, кормление и игры становятся неполноценными, и естественно, что для вас и вашего ребенка может быть уже недостаточно тихого часа, чтобы отдохнуть и восстановить свои силы, насладиться радостью общения и лучше узнать друг друга.

Что же сделать, чтобы освободить больше времени для себя и ребенка? Для решения этого важного вопроса необходимо задействовать вашу команду. Вот лишь некоторые примеры тех дел, которые могут быть переадресованы членам команды:

- перенести встречу, назначенную ранее;
- отказаться от домашнего визитирования (или изменить его график);
- сократить число обращений к специалистам, если вы не полностью

удовлетворенны качеством их услуг и посоветоваться с командой относительно поиска другого решения;

- при тяжелой финансовой нагрузке – узнать у специалистов, какая помощь возможна и более доступна;
- если не проходит или даже усиливается чувство изоляции – обязательно попросить специалистов найти родительские группы, где можно встретиться с другими людьми, прошедшими похожие ситуации, поучиться на их примере, обменяться опытом и просто быть в кругу людей, равнодушных к вам и вашим проблемам.
- и обязательно необходимо делать перерывы – вы можете попросить помощи у родственников или друзей либо нанять сиделку на некоторое время, чтобы уделить внимание себе или просто отдохнуть несколько часов, возможно поспать.

Немаловажно ввести в свой календарь разгрузочные дни – пусть несколько дней в неделю будут без встреч и отведены только семье и совместному времяпрепровождению! Разгружая свой распорядок и перенаправляя часть дел на свою команду, вы уменьшаете как физическую, так и эмоциональную нагрузку, значительно повышая качество своей жизни, и освобождаете время для совместного семейного досуга.

3. Держаться всем вместе

Легко догадаться, какой сложной может стать жизнь для семьи, когда ребенку нужна постоянная помощь от большого числа специалистов. Родителям необходимо раз за разом отвечать на одни и те же вопросы, пытаться запомнить всех специалистов и все детали терапии, которую они проводят. При этом родители могут получать различные и противоречивые советы или ответы на свои вопросы, которые только усложняют сложившуюся ситуацию.

Сталкиваясь с этими трудностями каждый день, семьи могут извлечь существенную выгоду из появления специального человека или «управляющего», помогающего семье уменьшить число встреч и объединить их, оберегая семейную жизнь. Таким человеком может стать медсестра или социальный работник, если ребенок после рождения остается в больнице на несколько недель или месяцев.

«Управляющий» поможет родителям быть компетентными в заботе о ребенке. Его основная задача состоит в том, чтобы всегда быть рядом, способствовать родителю в его наблюдении и познании своего ребенка,

поддерживать семью и баланс ее взаимоотношений с «внешними» участниками процесса. Он также поможет, сохранив все необходимые терапевтические и обучающие вмешательства, интегрированные и разработанные только для одного или двух специалистов, преобразовать в целостную систему, которая будет обеспечивать и потребности ребенка и поддержку семьи, позволит решить важные проблемы и найти ответы на трудные вопросы. Это эффективный путь к достижению лучших результатов индивидуальной программы развития ребенка.

В целом, в подходе КВР есть явные преимущества для детей и семей, обусловленные тем, что люди, которые поддерживают их, объединяются вместе. Специалисты тоже получают выгоду от взаимной поддержки в сложных ситуациях и при принятии трудных решений в небольшой знакомой группе, где вместе празднуют успехи и переживают разочарования. В рамках КВР специалисты повышают свою способность воспринимать каждого ребенка, как в целом, так и как часть семьи, что придает им уверенность в том, что их работа является частью общего плана, согласованного со всеми людьми, которые хорошо знают ребенка и его семью.

Этот подход изменил представление об услугах ранней помощи и позволил перейти от услуг, удовлетворяющих потребности профессионалов, к услугам, которые ставят родителей и детей в центр внимания, делая их неотъемлемой и активной частью команды вокруг ребенка.

Список литературы:

1. *Peter Limbrick*. The Team Around the Child: Multi-agency Service Coordination for Children with Complex Needs and Their Families, Interconnections, 2001

2. *Peter Limbrick, Prof. Anne Emmerson, Sue Boucher, Patricia Champion, Deborah Fullwood, Denise Luscombe, Prof. Luisella Magnani, Annemarie Sims, Gill Thomson*. The Guide «Are you worried about your child? A guide to support families of children with complex needs and the professionals who care for them» <http://www.tacinterconnections.com/images/Guide2-to-Support-Families-of-Children-with-Complex-Needs.pdf>

3. <http://www.tacinterconnections.com>

ЗАДАЧИ ЭРГОТЕРАПЕВТА В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Мальцева Мария Николаевна

*д.в.н., к.т.н., эрготерапевт, доцент кафедры педагогики и психологии
ФПО ПСПБГМУ им. И. П. Павлова
директор Сообщества Поддержки и Развития Канис-Терапии
эксперт ЮНИСЕФ*

Ключевые слова: эрготерапия, абилитация, реабилитация, факторы среды, активности повседневной жизни, мультидисциплинарный подход, МКФ.

Keywords: Occupational therapy, habilitation, ICF, rehabilitation, environmental factors, activities, multidisciplinary

Современная концепция абилитации и реабилитации детей опирается в большей степени на развитие жизненных навыков, чем на медикаментозное лечение и изолированные виды воздействий, такие как массаж, физиотерапия, логокоррекция без образования активного словаря и т.п. Такой подход, называемый функциональным, доказал свою большую эффективность, по сравнению с традиционным медицинским и дефектологическим. Развивая у растущего ребенка жизненный навык, специалисты опосредованно стимулируют и все те функции организма, у которых есть потенциал развития. Такая концепция имитирует естественный путь развития здорового ребенка, который развивает свои двигательные, психические, когнитивные функции через обычные повседневные действия – игру, общение, прием пищи, самообслуживание и т.п. В абилитации, развивая адаптированный жизненный навык в процессе роста ребенка, мы также увеличиваем потенциал развития пострадавших функций.

В настоящее время показано, что лечить структуры и функции менее эффективно, так как, во-первых, в этом случае мы начинаем с конца. Ведь функции у ребенка развиваются и усложняются по мере усложнения среды и необходимости с ней взаимодействовать. Современные исследования показывают, что ребенок в процессе формирования движения, психики и когниции проходит сложный путь адаптации к среде. От насыщенности и благоприятности среды будет зависеть качество развития. Специалистам хорошо известен эффект вторичной задержки психического и речевого развития у детей, подвергшихся депривации или выросших в обедненной бытовой и информационной среде детских домов и интернатов. Во-вторых, не все развитые в искусственной среде учреждения функции смогут обеспечить

овладение навыками жизни. Даже у взрослых пациентов, достаточно часто, навыки восстановленной в условиях больницы ходьбы не переносятся в жизнь, и пациент «прекрасно ходивший» в зале лечебной физкультуры не может дойти до аптеки и магазина. В-третьих, в этом случае мы вынуждены оценить потенциал ребенка по функциям и структурам. В этом случае, потенциал будет заведомо ниже, ведь врожденно поврежденные структуры лечению не поддаются (например, очаговые поражения при детском церебральном параличе (ДЦП), хромосомные аномалии и т.п.). Таким образом, если мы оцениваем потенциал и планируем реабилитацию, исходя из оценки структур и функций организма, мы начинаем с представления о неизлечимости заболевания или состояния, что дает некоторое ощущение безнадежности реабилитации.

Для эффективной реабилитации и абилитации специалистам необходимо учесть все составляющие здоровья. Такую возможность дает использование Международной Классификации Функционирования и ограничений жизнедеятельности (МКФ). Она содержит в себе такие понятия составляющих здоровья как : структуры и функции организма индивидуума, активность и участие индивидуума, факторы окружающей среды индивидуума, влияющие на его жизнедеятельность. МКФ является инструментом Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), рекомендованным всем специалистам по реабилитации и абилитации. Использование МКФ позволяет выделить проблемы в области повседневной деятельности (или активностей), а также проблемы окружающей среды и внести их в реабилитационный диагноз и программу реабилитации, подключить специалистов по работе с этими проблемами.

Основной специалист по работе со средой, окружающей ребенка и его повседневными активностями – эрготерапевт. Суть работы эрготерапевта становление или восстановление повседневной деятельности пациента-самостоятельной или при помощи технических приспособлений, либо, через адаптацию среды окружения. Это означает максимально возможное восстановление или развитие способности человека к независимой жизни (самообслуживанию, играм, продуктивной деятельности, отдыху), независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества. В случае если, жизнедеятельность пациента устойчиво ограничена, эрготерапевт индивидуально, на основании оценки возможностей и ограничений деятельности, особенностей личности и физического состояния пациента, адаптирует окружающую среду (место

проживания, прохождения реабилитации, обучения, отдыха и т.п.) подбирает адаптивные устройства для улучшения качества жизни, снижения зависимости от ухода, для профилактики усугубления инвалидности. Эрготерапевты также, обучают пациентов использовать адаптивные приборы и устройства в рутинной деятельности и более безопасным и удобным образом решать жизненные задачи. Например, для ребенка с нарушениями развития организуется место и условия, где он сможет играть с игрушками выполнимым для него образом (с учетом дефицитов и ограничений), или общаться с окружающими альтернативным образом, или принимать максимально активное участие в приеме пищи, или надевать одежду. Возможность регулярно выполнять эти активности будет поддерживать и развивать когнитивные, двигательные и иные функции. В случае, если жизнедеятельность ограничена обратимо, эрготерапевт разрабатывает программу восстановления деятельности пациента исходя из его персональных особенностей (пол, возраст, привычные виды деятельности, уровень мотивации и пр.), специфики среды окружения (место проживания, работы, учебы, перемещений, наличие помощников в семье и на работе и т.п.) и ограничений здоровья (толерантность к физической и психологической нагрузке, речевые, неврологические, психические нарушения и т.п.) и особенностей лечебного режима (лежа, сидя, ограничения дальности ходьбы и т.п.).

Для проведения эффективного вмешательства эрготерапевты проводят оценку среды в контексте деятельности пациента. Это оценка среды, в которой пациент функционирует, с точки зрения влияния ее на все виды активностей пациента. Диагностика производится путем наблюдения за деятельностью пациента, оценивается уровень доступности и возможность использования среды пациентом, с учетом его ограничений. Оценка производится путем наблюдения за спонтанной (естественной) деятельностью и деятельностью, организованной для проведения оценки. Взрослого просят показать, как он будет выполнять различные действия, детям предлагают игры или действия по возрасту. Также, пациента интервьюируют, проводя оценку по Канадской Шкале Оценки Деятельности. Если когнициия или речевое пациента не позволяет проводить опрос, опрашивают родителей, родственников и постоянно ухаживающих лиц. Если речевые способности пациента не позволяют опросить его устно или письменно, используют различные методы альтернативной коммуникации для получения информации.

Адаптация деятельности (активностей) может происходить через адаптацию среды. Эрготерапевты изменяют среду окружения таким образом,

чтобы пациенту было удобно реализовывать необходимую ему деятельность. Это может быть изготовление или модификация имеющихся рукояток, мест для приема пищи или туалета. Или ребенка с ДЦП укладывают в специальные подушки для того, чтобы он, получил возможность поддерживать функциональную позу, мог дотянуться до игрушек и развивать игровую деятельность, когницию, функции рук и т.п. Другой вариант адаптации деятельности происходит через адаптацию задачи (сценария) активности. Например, пациента с парезом руки учат иным способом надевать одежду с рукавами, надевая рукав на большую руку, и использовать корпус и локти для фиксации одежды. Или, пациента с ДЦП учат надевать носки в положении лежа на боку, с опорой спины на подушку, в специально выбранной безопасной позе или изготавливают специальную опору.

Далее, хотелось бы привести **пример работы эрготерапевта** в составе мультидисциплинарной команды реабилитации.

Пациент - девочка, 4 года, диагноз: эпилепсия, детский церебральный паралич спастический тетрапарез. Посещает коррекционный детский сад, так как не говорит, имеет запись о задержке психического и речевого развития. Из детского сада ребенка пытаются перевести домой, ссылаясь на то, что ребенок «тяжелый», плохо обучаемый, не ест сам, плохо ползает, сидит только с поддержкой.

В активе 1 год реабилитаций у различных несогласованных между собой специалистов в двух реабилитационных центрах. Ребенка консультировали и проводили реабилитацию невролог, ортопед, дефектолог, физический терапевт, психолог. Результат реабилитации: подобрана противосудорожная терапия, правильное ортезирование, нет подвывихов, нет контрактур. Ребенок любит общество психолога и физического терапевта, но дома играть в предложенные игры не хочет, пассивен или капризничает. Семья полная, мама не в депрессии, ориентирована на правильное восприятие заболевания.

Далее ребенок попал в программу мультидисциплинарной реабилитации. В мультидисциплинарную бригаду (МДБ) входят – невролог, врач физической и реабилитационной медицины (ФРМ), эрготерапевт, психолог, физический терапевт, логопед, социальный работник.

Заключение эрготерапевта по результатам визита домой - дома ковер с высоким ворсом, это препятствует ползанию; игрушки расположены на недоступной высоте (на 5 сантиметров выше возможностей дотягивания ребенка), ребенка постоянно пристегивают в стульчике, поза не располагает к активностям и дотягиванию, мама и бабушка полностью кормят ребенка; также

полностью умывают, держа над раковиной; одевают, положив на себе на колени.

Вмешательство эрготерапевта – среда переделана под возможности ребенка и вмешательства физического терапевта и психолога. Положено покрытие, позволяющее отталкиваться ногами и руками при ползании, игрушки выложены на уровень дотягивания ребенка. На полу оборудовано место для сидения с корректной для ребенка поддержкой. В этом месте ребенка можно кормить, умывать и играть с родителями в игрушки.

Результат вмешательства через 3 недели - ребенок получил возможность ползать, брать игрушки, появились просьбы дать игрушку жестами и направленными звуками, активная коммуникация с родителями и игра с ними, попытки брать ложку, самостоятельная еда руками, интерес к деталям одежды при одевании (игра с одеждой), ребенка умывают из тазика посадив на пол, ребенок принимает активное участие в процессе, окуная ручку в тазик.

Выводы: Реабилитация, проводимая командой, будет более эффективной за счет того, что каждый член команды видит те проблемы здоровья, которые входят в его компетенции и может сообщить о них всей команде. В итоге, все специалисты имеют более полную и четкую картину проблем здоровья пациента. Также, становится ясно какие проблемы необходимо решать совместно. В команде реабилитации должны быть семья и ребенок. Если семья не ставит цели реабилитации совместно со специалистами, не понимает цели и задачи, не обучена решать проблемы ребенка, то реабилитация прекращается, как только от ребенка отходит специалист. Только семья способна создать среду, развивающую ребенка. Если же семья включена в процесс, то реабилитация продолжается в режиме 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

В команде должны быть все специалисты. Если в команде кого-то нет, значит, нет и работы с некоторыми компонентами здоровья, а значит, реабилитация не будет полноценной. Эрготерапевт необходим в реабилитации и абилитации детей. Без него невозможна полноценная индивидуализированная оценка среды и активностей пациента.

Список литературы:

1. Ключкова Е.В., Мальцев С.Б. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для Республики Таджикистан. Методическое пособие. Душанбе; 2010.
2. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов. Consilium Medicum. (Прил.) 2017; 2.1: 90-93

3. Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists. (1986). Intervention guidelines for the client-centred practice of occupational therapy (H39-100/1986E). Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Растоскуева Марина Валентиновна

*педагог-психолог ЛОГБУ «Выборгский КЦСОН «Добро пожаловать!»
г. Светогорск*

Когда маленький ребенок приходит в этот мир, его родители в первый раз берут его на руки, смотрят на него, ловят его взгляд и улыбаются малышу. Они чувствуют движения и звуки ребенка, часто думают, радуясь и удивляясь: кто ты, о чем ты думаешь, что ты чувствуешь, как ты переживаешь приход в наш мир?

Для того, чтобы ребенок успешно развивался, родителям необходимо помнить не только о его физическом здоровье, но и том, что с самых первых дней жизни ребенок нуждается в общении, для него важно играть и активно исследовать окружающий мир.

С момента рождения малыша наиболее важным человеком является мама, во взаимодействии с которой и развивается его личность. В программах раннего вмешательства родители являются активными участниками в партнерстве со специалистами. При этом очень важно, чтобы специалист и мама понимали друг друга, стремились к партнерству, уважали вклад каждой из сторон в развитие ребенка.

Можно выделить четыре основных позиции в работе с родителями и ребенком в группах раннего развития:

1. Развитие эмоций ребенка.
2. Развитие познавательной активности ребенка.
3. Укрепление психоэмоциональной связи в системе «родитель-ребенок»

Задача детского психолога – понять, с чем связаны эмоциональные реакции и особенности поведения ребенка, а также исследовать особенности психоэмоционального взаимодействия между ребенком и родителями.

Психолог обращает внимание на позицию мамы по отношению к ребенку, на ее реакции на детские действия, которые могут выражаться в равнодушии или поддержке ребенка, эмоциональном присоединении к нему. Психолог оценивает уровень внутреннего благополучия ребенка, его психологические потребности. Психологическое сопровождение детей раннего возраста включает в себя:

1. Психологическую диагностику;
2. Индивидуальные занятия с детьми и родителями;
3. Тренинги и консультации для родителей

Целью психологического сопровождения является: оказание поддержки в адаптации и социализации ребенка к детскому коллективу; развитие коммуникации в системе «родитель-ребенок», развитие познавательной активности ребенка, психологическая поддержка семьи в целом.

Основными психологическими задачами выступают:

- формирование разумного подхода в развитии и воспитании ребенка
- профилактика нарушений во взаимодействии родителя с ребенком
- повышение родительской чувствительности компетентности

Психологическая диагностика содержит методики, направленные на изучение детско-родительских отношений.

В целом, диагностика детско-родительских отношений позволяет выявить не только уровень психоэмоционального взаимодействия в системе «родитель-ребенок», но и понять какие действия в поведении родителей нуждаются в коррекции и дальнейшем развитии.

Для родителей метод информативен тем, что он дает понять, как ребенок воспринимает родителя. Насколько он к нему привязан или наоборот. Метод позволяет увидеть, в чем в эмоциональном плане, нуждается ребенок, о чем говорят невербальные и вербальные сигналы ребенка. При этом используются следующие диагностические методики.

1. Диагностика эмоционального взаимодействия и форм диалога в системе «Родитель – ребенок». Метод видеонаблюдения.

Цели:

- анализ эмоционального взаимодействия в системе «родитель-ребенок»;
- выявление причинно-следственных связей, приводящих к нарушению взаимодействия между родителем и ребенком;
- помощь родителям в создании новых моделей коммуникации в семье.

2. Метод интервьюирования COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

Цель: выявление сфер в жизни ребенка и родителя, которые представляют для них наибольшие трудности, а также определение оценки эффективности проделанной работы.

Аналитическая методика рассчитана на помощь детям с нарушениями в поведении:

- гиперактивность
- аутичное поведение
- агрессия и агрессивные действия
- тревожность
- нарушение коммуникации

3. Диагностика отношений привязанности (Джон Боулби)

Цель метода: выявление паттернов привязанности матери и ребенка, влияющих на психологическое здоровье и развитие ребенка.

Психолог Джон Боулби первым из психологов описал привязанность - как «устойчивую психологическую связь между людьми, между матерью и ребенком». Центральная идея теории привязанности заключается в том, что те, кто изначально ухаживает за малышом, должны реагировать на его потребности и удовлетворять их, позволяя ребёнку почувствовать себя в безопасности. Младенец знает, что тот или иной взрослый надёжен, и это даёт ему надежную опору для последующего познания мира.

Джон Боулби считал, что самые ранние связи детей с теми, кто о них заботится, имеют огромное влияние на психоэмоциональное развитие детей, которое продолжается на протяжении всей их жизни. Какой тип привязанности сформируется у ребенка, зависит от поведения родителей:

- качества отношений между родителем и ребенком
- от проявлений материнской заботы и нежности
- наблюдения за невербальными и вербальными сигналами ребенка
- их точное толкование и соответствующая реакция родителей на них
- от уровня развитости родительской чувствительности.

Индивидуальные занятия

Цели:

- создание благоприятных условий социального и эмоционального развития ребенка: умения общаться, разрешать конфликты; овладение навыками саморегуляции;

- формирование у ребенка таких свойств личности, как самостоятельность, уверенность, эмпатичность, познавательная активность;

Родители учатся принципам построения эффективного диалога с ребенком.

Принципы построения диалога между родителем и ребенком [5]

1. Покажите ребенку, что вы его любите;
2. Пусть все, что вы делаете, начинается со встречи взглядами;
3. Будьте внимательны к тому, что хочет ваш ребенок, и при возможности, присоединяйтесь к этому.
4. Называйте словами то, к чему ваш ребенок проявляет интерес.
5. Дайте себе и ребенку возможность выражать свои желания, потребности и чувства.
6. Подражайте звукам и выражению лица вашего ребенка, реагируйте позитивно, когда ребенок делает то, что вы от него ждете.
7. Покажите, что вы поняли то, что ребенок хотел вам сказать.

В процессе *индивидуальных занятий* мама не только приобретает игровой опыт взаимодействия с ребенком, но и учиться выстраивать с ним эмоционально теплый диалог, учиться замечать реакции ребенка, помогать ему, направляет его внимание на игровую или исследовательскую деятельность, учится быть с ребенком эмоционально единым целым в совместной деятельности.

Тренинги и консультации

Тренинг сознательного материнства: «Счастливая мама - успешный малыш». Цель: изучение чувств, установок и поведения родителей, влияющих на воспитание и развитие детей раннего возраста.

Тренинг работы с личностными особенностями родителей «Приручи своих Драконов». Цель: выявление и исследование различных сторон психики и поведения родителей. Развитие эффективных способов реагирования в различных жизненных ситуациях.

Консультации для родителей

Психологические консультации направлены на:

- профилактику нарушений психоэмоционального взаимодействия родителя и ребенка;
- повышение родительской чувствительности и компетентности;
- формирование разумного подхода в развитии и воспитании ребенка.

Развитие ребенка не определяется раз и навсегда определенными ранними впечатлениями. Основу модели развития образуют, прежде всего, долговременные впечатления детей. Это относится как к социальной, эмоциональной, так и к умственной сфере развития.

Психологическая поддержка и помощь в достижении наилучшего союза между родителями детьми должны исходить из тех ресурсов, которыми располагают и овладевают сами родители и дети. Только поддерживая и развивая положительные стороны в отношениях между родителями и детьми, можно создать прочную и хорошую основу для развития детей.

Список литературы:

1. Волосова Е.Б. Развитие ребенка раннего возраста. - М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1999
2. Кряжева Н.Л. Развитие мира детей. Популярное пособие для детей и педагогов.- Ярославль: Академия развития, 1997
3. Растоскуева М.В., Баканова Ю.А., Сулимова О.В., Елисеева В.В. Успешный малыш. - Ростов-на-Дону: «Феникс» 2015
4. Уайт Б. Первые три года жизни. - М.: Педагогика, 1982
5. Хеннинг Рюе. Когда ты и я вместе, - СПб.: Институт раннего вмешательства, 1999 г.
6. Хундейде К. Направляемый диалог.- СПб.: Нива, 1999
7. Чистович Л. Разум, чувства и способности младенца /Л. Чистович, Е. Кожевникова.- СПб.: Петербург – XXI век, 1996

ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА «УСПЕШНЫЙ МАЛЫШ»

Елисеева Вера Владимировна, *учитель-логопед*,
Сулимова Ольга Владимировна, *учитель-дефектолог*,
Растоскуева Марина Валентиновна, *педагог-психолог*
ЛОГБУ «Выборгский КЦСОН «Добро пожаловать!»
г. Светогорск

Для того чтобы ребёнок успешно развивался, необходимо помнить не только о его физическом здоровье, но и том, что с самых первых дней жизни ребёнок нуждается в общении, для него важно играть и активно исследовать окружающий мир. С момента рождения малыша наиболее важным человеком является близкий взрослый, во взаимодействии с которым, развивается его

личность. Еще недавно задача раннего развития сводилась к тому, чтобы привить ребёнку какие-либо навыки и умения. Основное внимание уделялось тому, как побудить ребёнка выполнить требуемое действие, близкому взрослому при этом отводилась лишь роль помощника, строго выполняющего указания специалиста, руководящего развивающим обучением.

В настоящее время считается, что инициатива должна находиться в руках близкого взрослого, ему должна принадлежать главная роль. Специалисту отводится роль консультанта, помогающего овладеть специальными навыками, подобрать оптимальный стиль общения с ребёнком, понять, что хорошо, а что плохо, какие действия полезны, а какие вредны для успешного развития малыша.

В процессе работы на отделении раннего вмешательства мы отслеживали развитие детей раннего возраста, социально-эмоциональное взаимодействие родителей с ребёнком, отмечали для себя уровень компетентности родителей в вопросах воспитания и развития ребёнка, а также анализировали литературу по раннему развитию детей, и выявили следующие моменты:

- неравномерное развитие психических функций у детей;
- недостаточный уровень компетентности родителей (испытывают трудности в эмоциональном взаимодействии с ребёнком, с подбором игрушек, игр, заданий);
- отсутствие комплексной программы по возрастам, включающей в себя все направления психофизического развития ребёнка (коммуникация, мелкая и крупная моторика, самообслуживание и когнитивная сфера).

Также мы заметили, что дети испытывают трудности в коммуникативной стороне общения и социальном взаимодействии. В то же время многие родители боятся включать ребёнка в общение со сверстниками и не учат его навыкам социального взаимодействия. Изучив литературу, свой опыт и опыт других коллег, мы пришли к выводу, что эти проблемы лучше всего решаются в групповых занятиях родителя с ребёнком.

Групповые занятия способствуют достижению следующих целей:

- создание оптимальных условий для интеллектуального развития ребёнка;
- создание благоприятных условий для социального и эмоционального развития ребёнка: умения общаться, разрешать конфликты; овладения навыками саморегуляции (умения сдерживать собственные импульсы;

возможность выражать свои чувства, желания и эмоции; приспособление их к внешним правилам);

- формирование у ребёнка таких свойств личности, как самостоятельность и уверенность в себе, активность, доброжелательное отношение к людям;
- предоставление родителям возможности получать больше информации об особенностях развития детей раннего возраста и укрепления собственного родительского потенциала.

Главное условие для достижения этих целей – это надёжная привязанность друг к другу близкого взрослого и ребёнка, их взаимное понимание и постоянное общение.

В 2015 году специалисты Центра «Добро пожаловать!» Бакановой Ю.А., Елисеевой В.В., Растоскуевой М.В. и Сулимовой О.В. обобщили многолетний опыт работы в сфере раннего вмешательства в книгах «Успешный малыш. Программа развивающих занятий от 0 до 2 лет, от 2 до 4 лет», в которых подробно описаны принципы построения, структура и содержание занятий по развитию детей раннего возраста, а также особенности психофизического развития детей от 0 до 3 лет.

Программа «Успешный малыш» направлена не только на когнитивное и физическое развитие, наиболее яркий акцент ставиться на эмоциональное развитие ребёнка раннего возраста. Родители являются активными участниками в партнерстве со специалистами. Занятия по программе «Успешный малыш» направлены на развитие у ребёнка:

- коммуникативных навыков;
- познавательных и сенсорных способностей;
- восприятия;
- речевого слуха;
- словарного запаса;
- речевой активности.

Принципы организации группы по программе «Успешный малыш»

В работе группы необходимо соблюдать следующие условия:

- должная организация игрового пространства и подбор игрушек;
- моделирование игровых ситуаций;
- обязательное присутствие мамы ребёнка и взаимодействие всех участников, входящих в состав группы; состав группы – пять-шесть человек;

- проведение занятий в один и тот же день и час, заранее известные родителям;
- сохранение постоянного состава группы;
- проведение групповых занятий двумя специалистами одновременно, что даёт больший эффект, хотя занятия может проводить и один специалист.

Специфика работы группы:

- обучение всегда направляется специалистом, конкретное содержание занятия планируется заранее;
- задания делятся на небольшие разделы, что позволяет ребёнку легко усвоить материал;
- внимание ребёнка удерживается благодаря хорошо организованному материалу, достаточно быстрому темпу и немедленной обратной связи;
- мама – равноправный партнёр в процессе работы в группе: она направляет внимание ребёнка, предлагает в помощь в нужный момент.

Ведущий группы должен:

- создать и поддерживать в группе безопасную среду: подобрать соответствующие возрасту и санитарно-гигиеническим нормам игрушки и оборудование;
- выработать правила группы
- с уважением относиться к потребностям семьи: мамы должны чувствовать полноценными участниками группы, а не «учениками»;
- давать мамам возможность общаться между собой и с другими детьми;
- создавать комфортные условия всем участникам группы и аккуратно сопровождать ребёнка и маму, если они по каким-либо причинам не включаются в работу группы (например, ребёнок бросает игрушки, дерётся, ведёт себя неадекватно ситуации и мама испытывает чувство неловкости, саамам не может найти выход).

Принципы построения занятия:

- использование ритуалов;
- наличие эмоциональной «завязки» занятия;
- использование заданий по возрасту;

- подбор заданий от простого к сложному;
- выполнение заданий, требующих высокой концентрации внимания, мышления, в первой половине занятия;
- чередование заданий, требующих усидчивости, с заданиями на двигательную активность;
- использование заданий на все познавательные сферы;
- умение специалиста работать интонацией, голосом, мимикой;
- использование классической современной музыки.

Проводя групповые занятия по программе «Успешный малыш» важно соблюдать определённую структуру и предлагать детям различные виды деятельности:

1. Начало занятия – ритуал-приветствие (например, зажигание свечи)
2. Эмоциональная завязка (герой, тема)
3. Показ предмета по теме занятия и подробное знакомство с ним, исследование его через все сенсорные каналы
4. Речь с движением (в контексте темы)
5. Игры по теме, направленные на развитие внимания, мышления, речи
6. Двигательная активность (под музыку или стихотворение)
7. Спокойные игры по теме (с предметом, на мелкую моторику или эмоции)
8. Ритуал прощания.

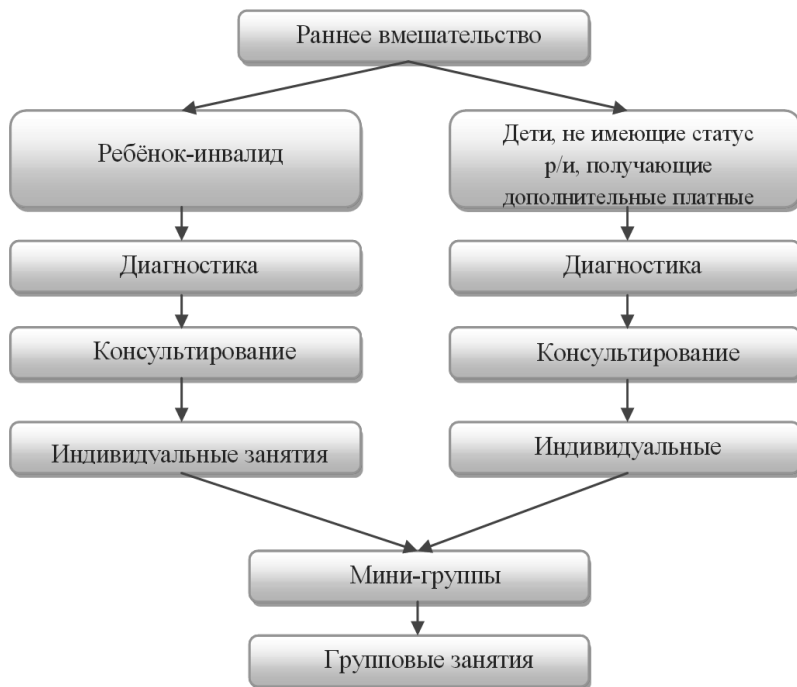
Содержание занятия направлено на социальное развитие ребёнка, познавательной, речевой, сенсорной сфер, крупной и мелкой моторики.

Опыт работы по программе «Успешный малыш» на Отделении раннего вмешательства и работа на отделении социального обслуживания детей-инвалидов натолкнула нас на мысль объединить эти два направления. И в 2013 году родился новый проект, ставший в дальнейшем новой социальной технологией «*Ранняя инклюзия детей-инвалидов*».

Цель этой технологии – создание коммуникативной среды для социальной адаптации детей-инвалидов.

Проводя работу на отделении социального обслуживания детей-инвалидов, мы выделяем группу детей от 0 до 3 лет, которые имеют психофизические возможности для занятий в группе среди нормотипичных детей раннего возраста.

Данная форма работы с одной стороны способствует социальной адаптации детей-инвалидов, с другой – позволяет с раннего детства воспитывать в детях уважение к человеку с особенностями развития.



Для проведения занятия по ранней инклюзии подбирается методический материал, адаптированный для ребёнка-инвалида и одновременно развивающий для нормотипичных детей, чтобы и родители и дети находились в ситуации комфорта и успешности.

Реализация технологии «Ранняя инклюзия детей-инвалидов» с 2015 по 2018 год доказала правильность и необходимость выбранного направления работы, значительно улучшила возможность социальной адаптации детей-инвалидов.

РАЗВИТИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кузнецова Тамара Георгиевна

*доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник
лаборатория физиологии ВНД, Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН
г. Санкт-Петербург*

Ранний дошкольный возраст охватывает период развития ребенка от 1 года до 3 лет. Это наиболее эффективная, но и наиболее уязвимая пора бурного роста и развития ребенка, формирования психического и нравственного здоровья, фундаментального когнитивного развития, когда под влиянием социальной среды закладывается 70% фундамента личности (30% определяется врождёнными, наследственными свойствами). При этом, если *рост* и *созревание* органов и систем ребенка, включая и центральную нервную систему, не требует существенного вмешательства со стороны окружающих его людей, то *развитие ребенка* – это уже *направленная* деятельность взрослого, стимулирующая его познавательный интерес.

Развиваясь, малыш приобретает знания, т.е. *обучается*. Необратимые количественные и качественные изменения роста, созревания и развития малыша неразрывно связаны с *воспитанием=обучением*. Обучение ребенка отличается от *развития* тем, что здесь деятельность взрослого по отношению к ребенку направлена на приобретение им знаний, навыков и умений, с освоением культуры того сообщества, к которому принадлежит данный индивид. Грамотно выстроенное развитие, воспитание и обучение детей в период до 3 лет проявляется в *отставленном положительном экономическом эффекте*, который проявляется в улучшении как психосоматического, так и социального здоровья гражданина. Эти парадигмы взаимозависимые и взаимопроникающие стороны единого процесса, где причина и следствие постоянно меняются местами. Развитие не только обуславливает обучение и воспитание, но и само обусловлено ими. По мнению выдающихся отечественных психологов «обучение продвигает развитие вперед» (Выготский, 2002), а «организм является продуктом не самого по себе функционального созревания, а функционального развития: он функционирует, развиваясь и развивается, функционируя» (Рубинштейн, 2003). Вместе с этим нельзя забывать, что эти процессы напрямую обусловлены *онтогенетическими* (возрастными) особенностями *физиологического* созревания мозга. Именно поэтому развитие и обучение должны соответствовать *сегодняшним возможностям* ребенка с учетом

сегодняшнего уровня развития его мозга, не забегая с нагрузками вперед. Опережающее обучение ребенка, падая на не зрелый мозг, приводит к формальному «натаскиванию», к непониманию существа того, чему учат малыша [Кравцова, 1997 - <http://psyjournals.ru/authors/a1249.shtml>; Кравцова, 2001, <http://psyjournals.ru/authors/a1249.shtml>; Кузнецова, Родина, 2016]. Описаны случаи, когда ребенка обучали называть различных животных или предметы на картинках, но при показе этих же животных в другой ситуации, он не смог узнать на них даже кошку. Он думал, что «жираф», «бегемот» и «кашалот» это названия карточек. Такое «обучение» привело к задержке в развитии абстрактного мышления и воображения [Шалопанова, https://www.psyh.ru/autor/vladislava_shalapanova/].

Из сказанного следует, что эти парадигмы и их взаимосвязь являются одними из центральных, приоритетных исследовательских тем психофизиологии, педагогики и психологии. И подлинная диалектика когнитивного развития и обучения ребенка дошкольного возраста заключается в знании физиологических периодов созревания и развития мозга ребенка, в понимании того, что происходит в каждый возрастной период. Переход с одного уровня развития ребенка на другой возможен только на базе закреплённых возможностей предыдущего уровня. Только при осознании этих элементарных вещей обучение дает старт новому этапу развития ребенка.

В раннем дошкольном возрасте взаимоотношения ребенка со взрослым претерпевают радикальные изменения. На успешное когнитивное развитие и обучение ребенка влияет множество факторов и важнейшими из них являются питание ребенка, материальная обеспеченность родителей, полноценное общение и эмоционально положительные коммуникативные взаимоотношения в диаде мать-ребенок. Не менее важна и мотивационная заинтересованность родителей в успешном развитии малыша. У ребенка первых трех лет активно нарастает потребность к *совместной деятельности с родителями и сверстниками*, а сама деятельность становится *предметной*. Он учится воспринимать мир, как свой родной дом, только встречая любовь, внимание к своим нуждам (потребностям) и их понимание со стороны родителей. Запечатлевая любовь матери (импринтинг), ребенок учиться любить. Если взрослые чувствуют его потребности и удовлетворяют их, малыш учится сам чувствовать потребности других. Уверенность матери в себе и в ситуации формирует у малыша чувство безопасности и уверенность в себе, в своих возможностях, а это залог будущего успешного, целеустремлённого человека. У таких детей не возникает проблем с обучением в школе, они легче

самоутверждаются в обществе. Сформированная таким образом эмоционально положительная, безопасная среда, является лучшим предиктором академических достижений ребенка [Александров и др. 2015; Кузнецова, Родина, 2008; Baumrind, 1991; Беквит, Родинг и Коэн, 1992; Борнштейн, 2002; Chicago Child Parent Center Smokowski, Mann, Reynolds и Fraser, 2004; Abecedarian McLaughlin, Campbell, Pungello и Skinner, 2007 и др.].

Дети, растущие в неблагополучных семьях, без любви и заботы более тревожны, у них затруднена адаптация в коллективе, в подростковом возрасте самоутверждение происходит в виде асоциального поведения (агрессии, табакокурения, алкоголя и наркотиков), они менее устойчивы к неблагоприятным внешним воздействиям, склонны к депрессиям и т.п. [Сыренский, 2003; Кузнецова, Овчинникова, Родина, 2011; Кузнецова, Родина, 2016]. Появилась новая проблема интернет-зависимости [Foerster, K. M.; Herber-Jonat, S.; Florian, A. et al. 2019], которая касается не только подростков, но и детей младшего возраста.

Важную роль играет и образование родителей. С одной стороны, у современных родителей превалирует безудержное стремление всеми силами «развивать» малыша, и в этих семьях игрушки считаются средством, позволяющим их ребенку открывать и познавать мир. С другой стороны, в семьях, где интеллектуальный потенциал родителей не высок, *игрушки используются для того, чтобы ребенок был занят и не мешал им.*

При этом следует отметить, что в последние годы резко снизилась социальная ответственность родителей за воспитание и обучение детей, за их эмоциональную, социальную и бытовую готовность к жизни в обществе и к посещению дошкольного учреждения, не зависимо от уровня образованности родителей.

С развитием компьютерной графики остро встает проблема зрительного восприятия изображений, которые ребенок видит на экране монитора. По данным «Национального научно-практического центра здоровья детей» Минздрава России количество детей, имеющих проблемы *со зрением* в начальной школе в сравнении с прошлым десятилетием возросло *с 25% до 49%*. Проведенное исследование более, чем в 70 развитых странах мира по заказу Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР: https://www.bbc.com/russian/society/2015/09/150915_computers_school_performance), показало, что внедрение компьютеров в учебный процесс не только не повышало интеллект детей, но снижало их успеваемость за счет понижения общего функционального состояния ЦНС, умственной работоспособности,

памяти, нарушений психического здоровья (необоснованное чувство радости, эйфория, эмоциональная неустойчивость и др.), отмечены нарушения аккомодационного аппарата глаза, нарушения осанки, которая ведет к смещению внутренних органов и т.д.

Появляется все больше доказательств того, что с введением цифровых технологий ребенок упрощается до функции, когда он обучается навыкам управления техникой, но не получает глубоких знаний.

По мнению к.н. МГИМО О. Четвериковой и Л. Савельевой, у детей формируется «цифровое слабоумие». Т.В. Черниговская доказывает, что при работе с материалом на компьютере информация в памяти ребенка не сохраняется – он «читает глазами, а не мозгом» [Черниговская, https://www.youtube.com/watch?v=RpPJr3dj5bQ&list=PLPn_5KEOGolVFkQYH7KOkJNqaHYDAUf2&index=2&t=0s]. К тому же часто компьютерные программы, как игровые, так и обучающие, в целях повышения их доходности, создаются без учета функциональных и возрастных возможностей ребенка.

Проведенное нами экспериментальное исследование на базе детского сада, показало, что дети успешнее выявляли информативные признаки в картинках на бумажных носителях по сравнению с аналогичными стимулами, предъявленными на экране компьютера. При этом в первом случае достоверно укорачивалось и время зрительно-моторной реакции в сравнении с выбором виртуальных стимулов. Этот факт указывает на то, что для работы с виртуальными зрительными стимулами ребенку даже старшего дошкольного возраста необходимо приложить *большие* усилия и *большее* напряжения внимания по сравнению с манипулированием реальными стимулами, так как ЦНС ребенка еще находится в стадии развития. Мышление ребёнка в этом возрасте базируется на восприятии реального мира при непосредственном контакте с реальными предметами. Так у него складываются сложные виды зрительного анализа, формируется основа для взаимосвязи физиологических и психических процессов [Запорожец, 1986]. Эти факты еще раз подчеркивают необходимость бережного отношения к ребенку при предъявлении ему компьютерных задач и составления игровых и обучающих программ.

Список литературы:

1. Александров Д.А., Ахутина Т.В., Бугрименко Е.А. и др. Бедность и развитие ребенка / Под ред. Д.А. Александрова, В.А. Иванюшиной, К.А. Маслинского — М.: Рукописные памятники Древней Руси, 2015

2. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. Издательство: Эксмо-Пресс, Смысл, 2003
3. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: В 2-х т. М., 1986
4. Кравцова Е.Е. Культурно-исторические основы зоны ближайшего развития // Психологический журнал. 2001. Т.22. №4. - <http://psyjournals.ru/authors/a1249.shtml>;
5. Кравцова Е.Е. Формирование психологической готовности детей к школе // Актуальные проблемы психопедагогики начального образования. М., 1997. - <http://psyjournals.ru/authors/a1249.shtml>
6. Кузнецова Т.Г., Родина Е.А. психофизиологические аспекты образовательной деятельности: Методическое пособие для студентов, преподавателей педагогических колледжей. СПб. 2008.
7. Кузнецова Т.Г., Овчинникова Т.С., Родина Е.А. Потребности, эмоции и поведение ребенка. СПб. Изд. РГПУ им. А.С. Герцена. 2011
8. Кузнецова Т.Г., Родина Е.А. Психофизиология образования дошкольников. СПб. Изд. РГПУ им. А.С. Герцена. 2016
9. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Издательство: Питер, 2002
10. Сыренский В.И. Психофизиология информационной безопасности школьника // Информационная безопасность школьника: Материалы конференции, 2003, с.3-32
11. Черниговская Т.В. https://www.youtube.com/watch?v=RpPJr3dj5bQ&list=PLPn_5KEOG-olVFkQYH7KokJNqaHYDAUf2&index=2&t=0s
12. Шалопанова Вл. , https://www.psych.ru/autor/vladislava_shalapanova/
13. Abecedarian McLaughlin, Campbell, Pungello и Skinner. Depressive symptoms in young adults: the influences of the early home environment and early educational child care. Child Dev. 2007. 78(3), p.746-56.
14. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. J. of early adolescence. 1991, 11(1). P. 56-95
15. Bornstein M.H., Hahn C.S., Haynes O.M. Maternal personality, parenting cognition, and parenting practices. Dev Psychol. 2011, 47(3), p. 658-75. doi: 10.1037/a0023181.
16. Chicago Child Parent Center Smokowski, Mann, Reynolds и Fraser, 2004
17. Foerster, Kai Martin; Herber-Jonat, Susanne; Florian, Annamaria et al. Long-Term Development of Infants after Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO). Zeitschrift fur geburtshilfe und neonatologie 2019. v. 223 (3), p. 169-177

18. Fraga-Varela, F; Rodriguez-Groba, A. Digital Competence in exclusion contexts: a case study in Primaria Education. Revista latinoamericana de tecnologia educativa-relatec. 2019. v.18 (1), p.55-70

19. Condruz-Bacescu, M (Condruz-Bacescu, Monica). The Impact of Digital Technologies on Learning. J. New technologies and redesigning learning spaces, 2019. v. II, 57-63

20. Mao, ZY; Su, Y; Xu, GQ; Wang, XP; Huang, Y; Yue, WH; Sun, L; Xiong, NX. Spatio-temporal deep learning method for ADHD fMRI classification. 2019. V. 499, p.1-11. DOI: 10.1016/j.ins.2019.05.043

21. McNeill, Jade; Howard, Steven J.; Vella, Stewart A. et al. Longitudinal Associations of Electronic Application Use and Media Program Viewing with Cognitive and Psychosocial Development in Preschoolers. Academic pediatrics, v.19 (5), p. 520-528.

В ДЕТСКИЙ САД ИДУ БЕЗ СЛЁЗ

Родина Елена Альфредовна

*кандидат педагогических наук, заведующая
ДОУ № 81 Красногвардейского р-на
г. Санкт-Петербург*

Главнейшая ценность каждого человека – его личное здоровье, а совокупность здоровья и продолжительность жизни отдельных людей отражают состояние цивилизованного общества. Заботиться о здоровье маленького ребенка необходимо начинать с момента его рождения, а точнее, с момента зачатия новой жизни, которое требует формирования ценностных ориентаций с приоритетом ценности здоровья, мотивации здорового образа жизни и, главное, реализации сформированной мотивации. Развитие этих качеств ложится на плечи и родителей, и образовательных организаций.

В связи с большим количеством вопросов об образовании и растущей потребностью населения в местах для детей в группах младенческого и раннего возраста необходимо проанализировать, насколько реально необходимо и рентабельно создавать дополнительное количество таких мест в детских садах, и какие меры поддержки молодых семей будут оптимальными

Согласно ч.2 ст. 64 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» образовательные программы дошкольного образования направлены на разностороннее развитие детей с учетом их возрастных и индивидуальных особенностей, в том числе достижение ими уровня развития,

необходимого и достаточного для успешного освоения образовательных программ начального общего образования [1]. Границы «дошкольного возраста» законодательно не определяются, устанавливается только начальная граница: **согласно ч.1 ст. 67 Федерального закона № 273-ФЗ: получение дошкольного образования может начинаться по достижении детьми возраста двух месяцев.**

В п. 6 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам дошкольного образования, утвержденному приказом Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. №1014, говорится о том, что **образовательная организация обеспечивает получение дошкольного образования, присмотр и уход за воспитанниками в возрасте от двух месяцев** до прекращения образовательных отношений [2]. Хотя в законе об образовании в редакции 2018 года прямо указано о праве на получение дошкольного образования детьми с двух месяцев, количество таких групп невелико. Кроме того, в уже работающих группах для детей от 1,5 до 3-х лет наблюдается низкая посещаемость детьми, а также наличие длительных периодов отсутствия многих детей по семейным обстоятельствам. Рассмотрим основные причины этого явления.

С точки зрения современной педагогики и психологии, возраст до двух лет очень важен для дальнейшего успешного развития ребенка как период формирования культурно-гигиенических навыков, речи, высших психических функций. В этом возрасте ребенок более всего нуждается в общении с мамой и членами своей семьи. **Именно в семье закладываются основы пищевого и социального поведения ребенка, полезные или вредные привычки, способы коммуникации.** После рождения ребенку остро необходим непосредственный контакт с матерью. Ощущение тепла материнского тела, тактильного контакта (поглаживание) и сосание груди – первейшая, базисная потребность малыша. В первые 6-7 месяцев на основе врожденной программы импринтинга (психофизиологический механизм, в соответствии с которым впечатление или образ, воспринятые в определенный критический период развития, прочно запечатлеваются в мозге, превращаясь в устойчивую поведенческую программу) формируется система «мать-ребенок». Несмотря на незрелость многих систем и их функций, уже в этот период четко проявляется основной закон, открытый И.М. Сеченовым (1868), стремление малыша к положительному и избегание отрицательного. Иными словами,

ребёнок с рождения стремится к контакту с матерью, избегая любых внешних воздействий. Уверенность матери в себе и в ситуации формирует у малыша чувство безопасности и уверенность в себе, в своих возможностях. Это залог будущего успешного, целеустремлённого человека [3].

В ситуации, когда дети лишены полноценного общения, ласки, положительных коммуникативных эмоций и материнской любви, развивается **синдром госпитализма**. В его основе лежит неудовлетворенная основная потребность человека – потребность в общении. Отсутствие матери вызывает сильнейший стресс, который в свою очередь сопровождается выбросом гормона – кортизона. Повышение его уровня ведет к изменению активности генов и, как следствие, к нарушениям в развитии головного мозга, изменению формирования нервных связей между его отделами. **Разлука с матерью в возрасте до 3 лет негативно сказывается на развитии ребенка:** замедляется рост, снижается иммунитет, запаздывает двигательное и эмоциональное развитие, страдает интеллект, речь и психика. Впоследствии такие дети хуже учатся в школе, теряют доверие к окружающим людям, постоянно ощущают опасность. В подростковом возрасте увеличивается вероятность возникновения психических расстройств, злоупотребления алкоголем и наркотиками, может развиться асоциальное, агрессивное поведение. Девочки не могут впоследствии создать нормальную семью и не умеют воспитывать своих детей. Именно поэтому одним из центральных вопросов отечественной педагогической и психофизиологической наук должен быть вопрос создания нормальных условий жизни ребенка с раннего возраста, воспитания здоровой семьи и чувства ответственности родителей.

Не менее важна и серьезная **разработка ответа на вопрос: с какого возраста детям полезно посещение детского сада? В период жизни до года** происходит не только физическое развитие ребенка, но и становление его психического и нравственного здоровья. Физическое и психическое развитие тесно взаимосвязаны, и отклонения в физическом здоровье часто ведут к психическим нарушениям. Частые заболевания отрицательно сказывается на общем развитии детей. Даже незначительные нарушения в состоянии здоровья вызывают изменения в общем самочувствии. **Исходя из вышеизложенного, польза от посещения детского сада детьми в возрасте от 6 месяцев до 1 года очень спорна, в некоторых случаях (из-за состояния здоровья матери, занятости, тяжелого материального положения) можно рекомендовать только на короткий промежуток времени – не более 2-3 часов, с целью развития навыков коммуникации, а в остальное время**

малыш должен находиться в привычной среде дома. Также нецелесообразно в возрасте до года организовывать питание детей вне дома. На наш взгляд, необходима большая просветительская работа среди родителей о воспитании детей до года в семье, а также расширение сети и популяризация консультационных центров для семей с детьми до года. Там родители смогут получить квалифицированную консультацию педагогов, психологов и неонатологов. Возможно организовать сетевое взаимодействия ДОО и детских поликлиник для деятельности таких центров. На **втором году жизни** в детском организме происходят значительные изменения. Иммуитет, полученный ребенком при вскармливании грудным молоком, утрачивается и малыши становятся более восприимчивыми к инфекции. Появляются новые двигательные навыки, совершенствуется координация движений рук. Пребывание в коллективе ясельной группы становится вполне возможным для малыша. Но если ребенка до полутора – двух лет отдавать в детский сад **сразу на полный день**, можно столкнуться с довольно серьезным стрессом у малыша, вследствие расставания с мамой на долгое время, изменением режима, места, отсутствия у ребенка необходимых культурно-гигиенических навыков.

Наблюдение за работой ясельных групп показывает, что их регулярно посещают не более половины из зачисленных детей. Проблема в том, что родители часто не готовят малышей к посещению группы: не приучают к туалету, элементарным гигиеническим процедурам, дети не умеют жевать и нормально глотать пищу, не держат ложку, им незнакомо и непривычно большинство блюд детского меню. Здоровье ребенка до двух лет нуждается в постоянной охране, так как этот период сопровождается расширением контактов ребенка с внешним миром. Система местного иммунитета остается незрелой, поэтому дети остаются чувствительными к вирусным и микробным инфекциям. Однако начинается переключение иммунных реакций на образование антител против таких заболеваний, как краснуха, герпес, корь, пищевые аллергии, к антигенам токсокар и др. (паразиты, гельминты и др.).

В этот период начинают проявляться многие первичные иммунодефициты, аутоиммунные и иммунокомплексные болезни (гломерулонефрит, васкулиты и др.). Дети склонны к повторным вирусным и микробно–воспалительным заболеваниям органов дыхания, ЛОР–органов. Становятся более четкими признаки иммунодиатезов (атопический, лимфатический, аутоаллергический). **По иммунобиологическим характеристикам значительная часть детей второго года жизни не готова**

к условиям пребывания в детском коллективе. Кроме того, многие дети не имеют прививок по возрасту, что также влияет на формирование иммунитета и качество посещения ими детского сада. Более того, массовый отказ от прививок привел к увеличению числа заболеваний туберкулезом, корью, краснухой, полиомиелитом и вошел в десятку основных проблем в мире по данным всемирной организации здравоохранения. Таким образом, довольно остро встают вопросы многих противоречий в организации дошкольного образования детей от 2 месяцев до 3 лет.

В разные периоды развития наше государство по-разному относилось к предоставлению матери возможности воспитывать своего ребенка дома. Был период, когда матери выходили на работу сразу же по истечении послеродового больничного. Постепенно срок декретного отпуска увеличивался, что было следствием вдумчивого отношения государства к здоровью нации. В Санкт-Петербурге до сих пор сохраняется определенный дефицит мест в организациях для детей раннего возраста, при этом характерно, что более половины мам детей, посещающих группы раннего возраста, не работают. Возможно, помогут преодолеть существующие противоречия вариативные формы образования. Для детей от 2-х месяцев до 1 года возможна и необходима организация семейных консультаций, консультативных групп, игротек, прогулочных групп и родительских клубов с целью педагогического просвещения, и создания условий для общения детей и родителей между собой. Для детей от одного года до двух лет наилучший выход – это группы кратковременного пребывания, в которых ребенок привыкает к обстановке детского сада, совершенствует коммуникацию с педагогами и другими детьми, но не испытывает сильного эмоционального стресса из-за длительного расставания с семьей и резким изменением уклада жизни.

Для детей от полутора до трех лет можно предложить на выбор: посещение группы кратковременного или сохранение выплат мамам по уходу за ребенком до полутора лет на срок до 2-х или 3-х лет или до предоставления места в дошкольной образовательной организации. В ряде регионов такие выплаты осуществляются, и они достаточно востребованы родителями. Существующая сегодня выплата мамам до 3-лет очень мала и не решает проблемы родителей и детей раннего возраста. При этом необходимо также повышать социальную ответственность родителей за воспитание и обучение ребенка. В последнее время на практике наблюдается выраженное снижение этой ответственности. Родители приводят в детский сад детей, часто не

заботясь об их эмоциональной и бытовой готовности к пребыванию в детском коллективе. Поэтому было бы полезно проводить в детских садах обязательные к посещению родителями семинары по подготовке детей к детскому саду уже при получении направления в дошкольную организацию. Посещение таких семинаров позволит родителям не только развить свои умения в воспитании и образовании детей, но и оценить реально ситуацию: готов ли их ребенок к пребыванию в детском коллективе? Сможет ли он провести там целый день? Или нужно сформировать у ребенка в семье хотя бы некоторые необходимые навыки и умения? Если родители отнесутся к этому аспекту сознательно, то некоторые предпочтут не занимать место в детском саду, если поймут, что их ребенок совершенно не готов к переменам в жизни. А другие родители приложат определенные усилия, чтобы поступление в детский сад не стало для ребенка сильным стрессом. Нормально развивающиеся дети с двух до трех лет легче приспосабливаются к изменениям в жизни и к пребыванию в детском саду, поэтому необходимо поддерживать или создавать нужное количество мест в ясельных группах для этого возраста. Особенно важно открывать такие группы в новых районах, где проживает большое количество молодых семей. Возможно, в ситуациях, когда мест не хватает остро, в первую очередь обеспечивать местами в группах раннего возраста семьи, в которых работают оба родителя.

С целью адаптации стратегии развития и обучения детей раннего возраста в Санкт-Петербурге предлагаем провести мониторинг мнения родителей, имеющих детей раннего возраста, региональную конференцию специалистов в области дошкольного образования и расширенное заседание общественного совета с привлечением родителей детей раннего возраста, подготовить к публикации методические рекомендации для родителей и специалистов в области дошкольного образования по развитию детей раннего возраста.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ
2. Приказ Минпросвещения России от 09.11.2018 N196 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам»
3. И.М. Сеченов. Рефлексы головного мозга. Издательство АСТ», 2014
4. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. Издательство: Эксмо-Пресс, Смысл, 2003

5. Кузнецова Т.Г., Овчинникова Т.С., Родина Е.А. Потребности, эмоции и поведение ребенка. СПб. Изд. РГПУ им. А.С. Герцена. 2011

6. Кузнецова Т.Г., Родина Е.А. Психофизиология образования дошкольников. СПб. Изд. РГПУ им. А.С. Герцена. 2016

7. Вестник КАЗНМУ, №3-2012. <https://kaznmu.kz/press/>

Возрастные особенности иммунитета у детей: <https://dobraya-bagira.livejournal.com/40216.html>

КОМПЛЕКСНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО РАННЕМУ РАЗВИТИЮ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ 2-Х ДО 3-Х ЛЕТ СОВМЕСТНО С РОДИТЕЛЯМИ В РАМКАХ ЛЕКОТЕКИ

Климон Наталья Леонидовна, *руководитель отдела, педагог-психолог,*
Акулич Ирина Валерьевна, *педагог-психолог,*
Марейчева Евгения Юрьевна, *учитель-логопед*

*Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Выборгского района г. Санкт-Петербурга*

Ранний возраст - один из главных этапов развития ребенка. Именно этот период является сензитивным для развития многих психических процессов. Элементарные нравственные представления и чувства, простейшие навыки поведения, приобретенные ребенком в этот период, должны превратиться в высшие психологические функции и стать фундаментом для развития новых форм поведения, правил и норм.

В связи с многократными обращениями родителей детей раннего возраста в Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района (ГБУ ДО ЦППМСП) возникла необходимость разработки программы для детей раннего возраста совместно с родителями.

Первоначально на базе Центра осуществляется консультирование родителей, имеющих детей в возрасте от 2 до 3 лет, во время которого проводится диагностика психического развития ребенка. Если по результатам диагностики зафиксировано отставание ребенка в развитии от возрастной нормы, родителям рекомендуется посещение комплексных занятий, которые в первую очередь рассчитаны на:

- детей-инвалидов;
- детей с задержкой речевого развития (ЗРР);

- детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР);
- детей с психоэмоциональными и поведенческими нарушениями, испытывающими трудности в социальной адаптации.

Занятия для детей в возрасте от двух до трех лет предусматривают непрерывное психологическое сопровождение, и развитие ребенка на протяжении всего времени пребывания в Центре, с учетом динамики развития каждого психического процесса или навыка.

Цели занятий:

- развитие познавательной и личностной сферы ребенка раннего возраста, с учетом его индивидуальных особенностей;
- гармонизация детско-родительских отношений, обучение родителей взаимодействию с ребенком.

Основные задачи:

- развивать познавательную и личностную сферу детей раннего возраста;
- создать условия для позитивного взаимодействия родителя и ребенка на комплексных занятиях;
- обучить родителей способам игрового взаимодействия с ребенком.

Занятия, которые поочередно проводят педагог-психолог и учитель-логопед проходят 2 раза в неделю. Форма проведения занятий – индивидуальная/групповая (2-3 ребенка совместно с родителями). На занятиях малыши вместе с родителями играют в различные игры, направленные:

- на развитие познавательных процессов (памяти, внимания, мышления, воображения);
- на сенсорное развитие (ориентирование в цвете, форме, величине и других свойствах предметов);
- на развитие мелкой моторики;
- на развитие речи (лексико-грамматической, фонетико-фонематической организации речи).

Структура занятия:

1. Разминка: свободная игра, установление контакта с ребенком.
2. Упражнения и игры с дидактическим материалом по теме занятия, которые ребенок выполняет совместно с родителем.

3. Беседа с родителем.
4. Свободная игра, неструктурированная деятельность;
5. Рекомендации родителю по применению знаний, полученных в ходе занятия, в повседневной жизни ребенка.

Путем выполнения интересных заданий, систематичного повторения материала через различные пособия, ребенок на занятиях получает не только знания, но и учится взаимодействовать с несколькими специалистами (новый взрослый). Все это способствует формированию таких качеств у малыша как: усидчивость, внимательность, дружелюбность, терпеливость, сдержанность и другое. Поскольку ребенок раннего возраста еще нуждается в помощи при выполнении заданий, совместная деятельность будет укреплять и оптимизировать отношения в системе «ребенок-взрослый».

Важным условием полноценного занятия является обязательное присутствие одного из родителей. Для родителей важно:

- понимать, что главный мотив занятий — формирование интереса ребенка к выполнению заданий и получение удовольствия от их выполнения;
- выполняя с ребенком задания, радоваться его успехам, пусть даже самым крошечным, это будет поддерживаться его желание заниматься дальше.

После всех проведенных комплексных занятий проводится анкетирование родителей на выявление результативности обучения. Результатами проведенных занятий является:

- повышение родительской компетентности по вопросам развития ребенка;
- гармонизация отношений родителя и ребенка;
- укрепление эмоционального благополучия семьи;
- разработка рекомендаций родителям по дальнейшему обучению и воспитанию ребенка.

Благодаря такой форме взаимодействия, ребенок будет овладевать знаниями, включенными в игровую форму занятий по раннему развитию. Главное - добиваться не того, чтобы ребенок что-то выучил или запомнил, а того, чтобы у него развивался интерес к знаниям, появилось желание выполнять задания, а чтобы он научился получать удовольствие от процесса его выполнения.

АРТ-ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Лабутина Ольга Васильевна

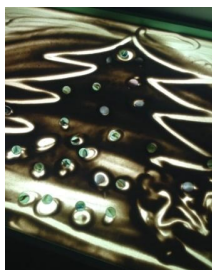
*учитель, ГБОУ школа №131 Красносельского района г. Санкт-Петербурга
НОЦ «Биологические и социальные основы инклюзии»
Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН*

В школе №131 Красносельского района Санкт-Петербурга обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья, имеющие те или иные особенности развития (нарушения интеллектуального развития, расстройства аутистического спектра, нарушения движений, множественные нарушения развития). Здесь арт-терапия реализуется как образовательная программа в рамках внеурочной деятельности (1 – 4 класс) и коррекционно-развивающих занятий (5 – 9 классы) и направлена на всестороннее развитие ребенка и раскрытие его творческого потенциала.

Согласно определению, приводимому Российской арт-терапевтической ассоциацией, арт-терапия понимается как междисциплинарный подход, основанный на изобразительной деятельности человека и объединяющий в себе различные области знания – психологию, педагогику, медицину, культурологию [1, 2]



Программа учитывает индивидуальные потребности детей и содействует решению специальных (коррекционных) и образовательных задач, таких как:



- сенсорная стимуляция и развитие восприятия, в том числе – дифференцированного цветовосприятия, способности соотносить зрительные восприятия с изображаемыми образами, отображать реальные объекты с помощью различных художественных материалов, расширять диапазон тактильных и слуховых ощущений, межсенсорного взаимодействия;
- когнитивное развитие с углублением и закреплением знаний и представлений об окружающем мире, в том числе – полученных по основным образовательным предметам;
- улучшение социальных навыков и адаптации к школе;
- развитие навыков изобразительной деятельности и творческого мышления ребенка.

На занятиях дети могут выражать различные эмоциональные состояния с помощью разнообразных арт-терапевтических техник, которые подразумевают работу с цветом, использование различных способов взаимодействия с художественными материалами; элементы телесно-ориентированной арт-терапии, а также sand-art терапии [3].

Недирективная атмосфера, в которой проводятся занятия, направлена на то, чтобы побудить ребенка свободно выражать содержания своего внутреннего мира. Так, дети могут выбирать наиболее комфортное для них место в пространстве класса, художественные материалы, с которыми им предстоит работать, тему или сюжет для творческой работы. Дети взаимодействуют с сыпучими материалами (крупой, песком), природными материалами, слушают музыку и звуки природы. Организованная таким образом среда помогает ребенку свободно выражать его индивидуальность, гармонизирует его эмоциональное состояние. Таким образом, методы арт-терапии способствуют коррекции эмоциональных нарушений и укрепляют связи ребенка с окружающим миром.

В составе участников занятия могут быть дети разного возраста. В такой группе старшие участники могут помогать младшим, а младшие стараются подражать старшим. На некоторые занятия приглашаются родители. Дети, которые занимаются во внеурочное время, могут приглашать на занятия своих братьев и сестер. Такое событие как совместное творчество дает возможность получить положительный опыт продуктивного взаимодействия с близкими людьми, что положительно влияет на отношения в семье.

Для детей с нарушениями речи и расстройствами аутистического спектра изобразительное творчество становится важным средством самовыражения, позволяя построить более гармоничные отношения с окружающими.



Деятельность в группе способствует развитию коммуникативных навыков ребенка и улучшает его социальную адаптацию.

Дети учатся делиться своими переживаниями, рассказывают о важных событиях своей жизни. Они также учатся слышать других участников группы, предлагать им помощь и поддержку.

Творческие задания учитывают физические и интеллектуальные возможности детей. Так, детям с нарушениями движений можно предложить трафареты, силуэты, различные предметы и природные материалы для создания оттисков. Вместо карандашей и обычных кистей можно применять губки, широкие кисти, поролоновые валики, то есть инструменты, не требующие точности движений и вместе с тем позволяющие создавать яркие, интересные художественные работы. Нанесение простых рисунков или даже пятен краски на гладкую поверхность и последующее снятие с нее оттиска на бумаге (монотипия) позволяет каждому ребенку почувствовать себя настоящим художником, а созданные в такой технике работы вызывают у них чувство радости и удовлетворения.

Если внимание ребенка неустойчиво, целесообразно предлагать ему задания, которые можно выполнить за короткое время. Здесь могут использоваться экспрессивные техники, позволяющие ребенку быстро создать художественную работу и ощутить удовлетворение от полученного результата.



Одной из таких техник является рисование пальцами и ладонями, которое оказывается доступно практически всем детям, имеющим ограниченные возможности здоровья.

В ходе занятий ученики с особенностями развития могут нуждаться в дополнительной помощи. Так, при интеллектуальных нарушениях во многих случаях требуется научить детей самым простым действиям: как держать карандаш или кисть и наносить с ее помощью краску, как создать точку, линию, цветное пятно. Иногда возникает потребность обучить детей значениям основных цветов: небо – синее, трава – зеленая и т.д. Дети с РАС могут нуждаться в стимуляции и в координации своей деятельности, а также в специальной организации рабочего пространства.

В целом, в условиях специального школьного образования арт-терапевтический подход востребован, в первую очередь, как здоровьесберегающая практика, направленная на гармонизацию эмоционального состояния ребенка и, тем самым, улучшение его самочувствия и включения в жизненную среду и в процесс обучения. Это определяет его большой потенциал с точки зрения развития инклюзивного образования и эффективного социального взаимодействия для широкого круга детей с различным состоянием здоровья.

Список литературы:

1. Арт-терапия и арт-терапевты: статус, стандарты деятельности и профессиональной подготовки. Санкт-Петербург, 2015. С.2-3.
2. Арт-терапия. Хрестоматия / Под ред. А.И. Копытина / «Питер». Санкт-Петербург, 2001.
3. Постальчук О.О. Психотерапевтическая роль манипуляций с изобразительными материалами при работе с детьми, имеющими нарушения в развитии // Арт-терапия – новые горизонты. Москва. Когито-центр. 2006. С.142-159.

ФОРМИРОВАНИЕ УЧЕБНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Сунцов Сергей Александрович

*преподаватель адаптивной физической культуры
коррекционного центра «Азимут»
г. Архангельск*

Аннотация: в статье рассмотрены некоторые педагогические методики работы с детьми с расстройствами аутистического спектра применяемые на занятиях адаптивной физической культурой.

Ключевые слова: аутизм, дети, адаптивная физическая культура.

Нарушение произвольности поведения при расстройствах аутистического спектра – довольно распространённое явление, на это указывают многие авторы [1, 4, 5, 6]. Именно по причине снижения, или полного отсутствия (при выраженном полевом поведении) произвольности поведения и внимания эти дети ранее и признавались не обучаемыми, ведь основной педагогический принцип гласит: качество обучения зависит от активности обучаемого. Соответственно, если обучаемый не проявляет никакой активности, никакого обучения не получится.

В последние годы в российском научном педагогическом сообществе стала появляться информация о зарубежных методиках преподавания позволяющих обучать детей с разными уровнями функциональности при аутизме (методика Floortime, прикладной анализ поведения, сенсорная интеграция), появились отечественные методики и подходы: сенсомоторная коррекция, метод замещающего онтогенеза, эмоционально-смысловой подход [2, 3, 6, 7].

Осведомлённость педагога и владение различными методиками обучения позволяет гибко выстраивать занятие индивидуально с каждым учеником и ориентироваться не только на его особенности, но и на ситуацию занятия, например, низкая произвольность поведения может повышаться при заинтересованности ребёнка (иногда патологической) каким-либо предметом или действием. Педагог присоединяется к его деятельности, осмысляет её, придаёт действию социально приемлемый смысл и плавно переводит её в ситуацию обучения.

***Мальчик Максим.** 10 лет. В ситуации занятия не проявлял никакого интереса к взаимодействию с преподавателем. Наблюдались частые проявления нежелательного поведения – удары ногой в дверь, что пугало других детей и на самой двери сказывалось плачевно. Навыки произвольного подражания не удавалось оценить, Максим не останавливался ни на секунду. Казалось бы, обучение невозможно в связи с состоянием ребёнка.*

Вместе с тем, у Максима была патологическая тяга к наведению порядка и складыванию предметов. Какой бы инвентарь преподаватель ни попытался использовать на занятии, он был моментально убран и уложен.

Преподаватель выбрал стратегию формирования управляющего контроля со стороны взрослого. Разбрасывая предметы, преподаватель указывал на них рукой, произнося просьбу, постепенно усложняя по принципу «от простого к сложному»: «Собери», «Мяч положи в корзину», «Сначала проползи через тоннель, а потом убери его».

Для избегания нежелательного поведения была повышена плотность занятия, так, что у Максима не было времени его проявлять, всё время предъявлялись просьбы и задания.

Со временем удалось установить управляющий контроль взрослого, до определённой степени структурировать само занятие и приступить к решению обучающих задач. В настоящее время ребёнок довольно спокойно осваивает имитацию простых жестов (похлопай в ладоши, подними руки, коснись носа), и занимается изучением простых геометрических форм (круг, треугольник).

Повышения качества взаимодействия можно добиться и используя метод оперантного обучения. Оперантное обучение строится на системе поощрений, подкрепления необходимого поведения и не подкреплении поведения нежелательного. Преподаватель выявляет так называемый мотивационный стимул (сок, конфета, понравившаяся игрушка и т.д.).

Мальчик Артём. 7 лет. Артём в ситуации занятия находится, по большей части в позитивном эмоциональном состоянии. От взаимодействия отказывается, смеётся, забирается в различные укрытия и сидит там.

Артём проявил интерес к большой игрушечной машине. Кататься в ней он не хочет, ему нравится на ней сидеть. Преподаватель предлагает ребёнку сначала выполнить упражнение, а потом посидеть на машине. Артём соглашается. Таким образом, удаётся построить взаимодействие и структурировать занятие.

Долгосрочная работа с ребёнком с диагнозом аутизм должна всё-таки строиться на эмоциональном уровне. Ведь предполагаемая степень обучения зависит от индивидуальных особенностей и часто человек нуждается в пожизненной помощи, а продуктивное долгосрочное взаимодействие требует определённого уровня доверия, симпатии ребёнка. Эмоционально насыщенное взаимодействие позволяет воздействовать на поведение ребёнка, эмоционально заразить его, вовлечь в совместную деятельность и дальше обучать его в потоке этого взаимодействия.

Список литературы:

1. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В.М.: Изд-во МГУ, 1990. 196 с.
2. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра / М., 2014. 448 с.
3. Никольская О.С., Веденина М.Ю. Особенности психического развития детей с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. Альманах №18 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti> (дата обращения: 13.01.2019)
4. Маллаев Д.М. Синдром раннего детского аутизма: медико-психологические и социально-педагогические аспекты // Известия ДГПУ. Психолого-педагогические науки. 2007. №1. С.10-33.
5. Никольская О.С. Сравнительный анализ двух коррекционных подходов к психическому развитию ребенка с аутизмом // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т.26. №4. С.169-186. doi: 10.17759/cpp.2018260411
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Альманах Института

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ЛОГОТЕРАПИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Ахметова Инсия Наильевна

учитель - логопед

ЛОГБУ Выборгский КЦСОН «Добро пожаловать»

г. Светогорск

Термин «логотерапия» выбран мной не случайно, т.к. я считаю, что он ёмко характеризует стиль работы специалиста, где логопед выступает не столько как учитель, а как психолог, в широком понимании этого слова, как врачеватель душ. Мы работаем с детьми с психопатологией, диссоциативным расстройством, с выраженным когнитивным дефицитом. Эти нарушения вызваны незрелостью коры головного мозга, поэтому тип поведения у детей в основном подкорковый, при котором наблюдается симпатическая реакция нервной системы: они кричат, потеют, убегают, дерутся, эхололят тогда, когда им предъявляют обычные образы. Подобные реакции в поведении связаны с эмоциональными отрицательными состояниями, и пока ребёнок находится в этом поведенческом паттерне бесполезно вводить ему положительные эмоции. Нужно сначала отработать сенсорный опыт и адаптировать ребёнка к эмоциональной лексике, слова, которой относятся к отрицательному генезу, потому, что положительные ему просто не доступны. И педагог «симпатически» вызывает стресс-ответ, но именно стресс-ответ активизирует детей. Основными стратегиями работы логопеда становятся его рефлексии, жесты, мимика, эмоции, речь, манипуляции с предметами. Установление степени доверия и соблюдение границ безопасности ребёнка обеспечиваются умением педагога подстроиться к ребёнку.

Использование метода сенсорно-интегративной логоработы позволяет оптимизировать процесс формирования предпосылок к речевому развитию у детей с нарушениями или задержкой в развитии.

Сенсорная интеграция - это неврологический процесс, регулирующий обработку и организацию значимой информации от разных органов чувств.

Нарушение процессуальных компонентов сенсорной интеграции называют нарушениями сенсорной информации.

Сенсорно-интегративный метод обеспечивает упорядочивание и организацию ощущений, получаемых от органов чувств, позволяющее организму создавать адаптивный ответ (обоснованное и целенаправленное действие в ответ на ощущения). Это направление в логопедической работы рекомендовано в работе с детьми раннего возраста, попавших в группу риска для предупреждения вторичных нарушений и для детей, имеющих разные формы безречия (алалию, задержку речевого развития, системные нарушения речи у детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы, интеллекта), тяжелые нарушения произносительной стороны речи (дизартрии, в т.ч. при детском церебральном параличе; апраксии и др.).

Методологической основой метода является формирование предпосылок к речи и овладение всеми навыками развития раннего возраста, по каким-то причинам пропущенным ребёнком. За счет формирования предпосылок к речи (не зависимо от возраста ребенка и тяжести нарушения) удается:

- развивать природный уровень языковой способности ребенка, давая возможность овладевать речью и языком по онтогенетическим законам, но в более поздние сроки;
- формировать речь в ее коммуникативном аспекте, преодолевать трудности актуализации речевых навыков, сформированных на занятиях;
- опосредованно положительно влиять на поведение ребенка, развитие его двигательных возможностей, навыков самообслуживания и пр.;
- гармонично подготовить ребенка к взаимодействию с обществом, обучению в общеобразовательных учреждениях.

Выделяют три типа предпосылок, необходимых для возникновения речи: аффективно-мотивационные (эмоциональные формы общения со взрослыми, мотивация к совместной деятельности со взрослым и речи), перцептивные (процессы обработки сенсорной информации, в т.ч. сенсорная интеграция) и когнитивные (механизмы идентификации, концептуализации, упреждающего синтеза, обобщения и категоризации). Формирование указанных предпосылок происходит одновременно с решением речевых задач, т.е. с вызыванием речевой активности, закреплением первых слов.

Независимо от этапа работы на каждом занятии делается основной акцент на развитие базовых видов чувствительности:

- вестибулярной и проприорецептивной;
- тактильной;
- обонятельной и вкусовой.

Одним из основных постулатов сенсорно-интегративного метода в логопедической работе является активное подключение обоняния в каждое занятие. Это обусловлено тем, что с 1,5 и до 5 лет функции развития и общения ребенка контролирует в большей мере лимбическая система, так же известно, что в стволе головного мозга находятся центры обоняния и вкуса, которые имеют «обширные ассоциативные способности» и стимулируют эмоции. Таким образом, можно проследить физиологическую зависимость обоняния и мотивации к речи, речевой активности.

Развитие вестибулярной и проприорецептивной чувствительности на занятия логопеда реализуются через включение фольклорных игр и хороводов. Фольклорные игры ритмичны, как и нервная система человеческого организма. Это направление в работе позволяет решить следующие задачи:

- развитие аффективной регуляции поведения;
- нормализация разбалансированных и нескоординированных движений;
- формирование пассивного словаря с помощью озвучивания всех действий, тем самым даем общее представление о строении речевого высказывания;
- развивая коммуникативные умения у детей, расширяем и усложняем социальные контакты ребенка с окружающим его миром;
- осознание ребенком границ своего тела и схемы тела.

Развитие тактильных ощущений у ребенка происходит за счет взаимодействия с различными материалами (крупы, шарики марблс, гидрогель, природные камни, шишки, ракушки, мох и т.п.), формами, текстурами, цветами. В процессе занятий органично происходит развитие крупной и мелкой моторики, регуляция тонуса. Через манипуляцию с тактильными предметами развиваются эмоциональная сфера ребенка, вырабатываются навыки самоконтроля, развивается познавательная сфера. Занятия способствуют улучшению ориентации в пространстве и взаимодействия со средой и помогают развитию коммуникативных навыков.

Важной составляющей в работе логопеда является взаимодействие с родителями. Активное включение членов семьи в коррекционно-развивающий процесс позволяет решать вопросы семейного воспитания неговорящего ребёнка:

- повышение уровня осознанности у родителей: понимание «скрытых» проблем ребенка, осознание механизмов нарушения и их компенсации;
- создание заинтересованности у родителей для их активного включения в коррекционный процесс;
- инструктирование родителей по отработке каждой задачи занятия в домашних условиях;
- пробуждение и усиление процесса взаимодействия ребенка с матерью, развитие интереса к совместной деятельности с ребенком.

Получаемые «речевые» результаты в работе логопеда:

■ **для неговорящих детей:** формирование базовых предпосылок речи, появление первых слов и фраз, развитие навыков вербальной коммуникации, улучшение показателей понимания речи,

■ **для детей со средней и легкой степенью алалии, ЗРР:** устранение некоторых типов грамматических ошибок, значительное увеличение объема словаря, формирование навыков связного высказывания.

Список литературы:

1. Айрес Э.Д. Ребёнок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. М.: Теревинф, 2009.
2. Банди, Лейн, Мюррей: Сенсорная интеграция. Теория и практика. М.: Теревинф, 2018.
3. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге. М.: Теревинф, 2014.
4. Кэрл Стюарт Крановиц. Разбалансированный ребёнок. Санкт-Петербург: Редактор, 2009.
5. Развитие мозга и формирование познавательной деятельности ребенка / под ред. М.М. Безруких, Д.А. Фарбер. - М.: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2009.
6. Млодик И. Книга для неидеальных родителей, или Жизнь на свободную тему. Серия «Родительская библиотека», «Генезис», 2013.
7. Млодик И. Метаморфозы родительской любви, или Как воспитывать, но не калечить. Серия «Родительская библиотека» - М.: Изд-во «Генезис», 2007.

«ЧТО ВИДИТ СИНИЙ МИШКА В ЗЕРКАЛЕ ЭМОЦИЙ?» (ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С АУТИЗМОМ)

Носарева Маргарита Алексеевна,
Кочуков Виктор Александрович,
Леонов Александр Сергеевич,
Гаврин Никита Александрович

студенты 3 курса

*Северного (Арктического) Федерального Университета
им. М.В. Ломоносова, г. Архангельск*

Аннотация: в статье рассмотрена проблематика обучения детей с аутизмом распознаванию мимических выражений эмоций других людей. Авторы предлагают оригинальное решение проблемы с использованием компьютерных технологий.

Ключевые слова: аутизм, дети, мимическое выражение эмоций, компьютерные технологии.

Диагноз аутизм на сегодняшний день могут выявить уже с двух лет. И основным маркером здесь является отсутствие социального взаимодействия (нарушения коммуникации, отсутствие совместного внимания, поглощённость стереотипными поведенческими актами) [4]. При расстройствах аутистического спектра (РАС) искажение психики ребёнка затрагивает и его эмоциональную сферу [3, 8].

Ученые предположили, что модель психического состояния представляет собой врожденную систему ожиданий, касающихся поведения людей. Они выявили, что у детей с аутизмом нарушена способность формировать модель психического состояния и именно поэтому они не умеют приписывать другим мысли и чувства и не способны прогнозировать их поведение [9, 11, 12].

К сожалению, с коррекцией нарушений эмоциональной сферы, у этих детей возникают большие сложности, чем с коррекцией поведения. Часто дети с РАС не могут говорить и понимать речь, что ещё больше осложняет проблему. Тем не менее, попытки создать педагогические методики эмоциональной коррекции есть.

Ивар Ловаас разработал подход – прикладной анализ поведения (ABA – Applied Behavior Analysis), в рамках которого сделал попытку коррекции эмоциональных нарушений [10].

Одним из первых шагов в формировании эмоционального поведения является обучение распознаванию и идентификации выражения эмоций. Всё начинается с обучения тому, как определить внешние проявления эмоций. Затем ребенка учат, как такие внешние проявления соотносятся с внутренним состоянием человека или его чувствами. И наконец, учат выявлять причины различных чувств. В данной методике широко используется наглядность. Ребенку демонстрируют эмоции людей в форме изображений.

Работа над коррекцией нарушений эмоциональной сферы ведётся и в рамках двух схожих по своей направленности педагогических подходов – методики Floortime, разработанной С. Гринспеном [1], одним из крупнейших специалистов в области детского аутизма и эмоционально-смыслового подхода, авторами которого являются Никольская О.С. и Баенская Е.Р [6].

Методики, направленные на эмоциональный контакт с ребенком, учат опознавать эмоции другого человека. Преподаватель в ситуации занятия эмоционально «заражает» ребенка, стимулируя его на деятельность, и, таким образом влияет на развитие эмоциональной сферы ребенка. Но, в рамках данных подходов сложно оценить уровень понимания ребенком эмоций другого человека.

Представленные подходы к коррекции эмоциональных нарушений у детей с аутизмом предлагают разные взгляды на решение проблемы, от использования визуализации психических состояний, до совместного эмоционального переживания и эмоционального заражения в методике Floortime и в эмоционально-смысловом подходе [1, 5].

Принято считать, что на ранних стадиях онтогенеза, благодаря процессу «отражения» психических состояний другого человека, закладывается основа ментализации – процесса включающего в себя развитие автономной саморегуляции и приобретение способности эффективно различать эмоциональную экспрессию и намерения других, а также способность увидеть себя как отдельного, способного к саморегуляции субъекта психической деятельности.

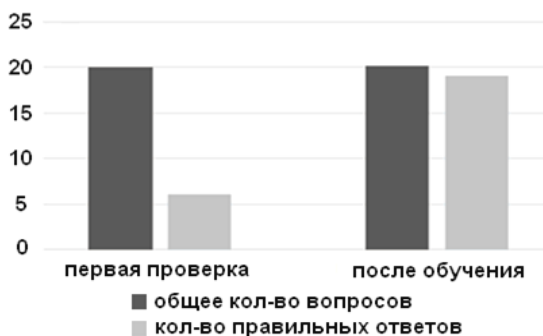
Термин «ментализация» первым использовал Питер Фонаги для описания процессов социального взаимодействия [2]. Именно этот термин был использован в качестве названия пилотного проекта, реализованного на базе Центра «Азимут» (город Архангельск) студентами Высшей школы психологии, педагогики и физической культуры и Высшей школы информационных технологий и автоматизированных систем Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова.

В основу проекта было заложено положение о том, что дети с РАС испытывают трудности при распознавании эмоций других людей. Были выбраны 7 эмоций, которые выделил Пол Экман [7]: радость, грусть, гнев, отвращение, презрение, удивление, страх.

В ходе исследования была создана компьютерная программа, направленная на обучение детей с расстройствами аутистического спектра пониманию эмоций других людей. Несмотря на то, что программа ни в коем случае не может заменить живое общение, она может являться удобным вспомогательным инструментом для обучения.

Преимуществом программы выступает заданный алгоритм, который позволяет использовать ее не только специальному педагогу, но и психологу и социальному работнику, а также родителям, имеющим минимальные навыки компьютерной грамотности.

Полученные с помощью программы результаты представлены на диаграмме, которая отражает динамику обучения ребенка определению эмоции «Радость» после четырёх занятий:



Динамика обучения ребенка с аутизмом

Мы надеемся, что результаты нашего исследования и созданная нами программа окажет помощь педагогу в процессе обучения и воспитания детей с расстройствами аутистического спектра и станет эффективным инструментом помощи при работе с такими детьми.

Список литературы:

1. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом / М.: Теревинф, 2013. 512 с.
2. Клименкова Е.Н. Развитие ментализации и эмпатии в онтогенезе: обзор эмпирических исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т.24. №4. С.126-137. doi: 10.17759/

3. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В.М.: Изд-во МГУ, 1990. 196 с.
4. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра / М., 2014. 448 с.
5. Никольская О.С. Сравнительный анализ двух коррекционных подходов к психическому развитию ребенка с аутизмом // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т.26. №4. С.169-186. doi: 10.17759/cpp.2018260411.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. Альманах №19 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-d>. (дата обращения: 14.01.2019)
7. Экман П. Психология эмоций / СПб.: Питер, 2010. - 336 с.
8. Avino T.A., Barger N., Vargas M.V, et al. Neuron numbers increase in the human amygdala from birth to adulthood, but not in autism. Proc Natl Acad Sci U S A. 2018; 115(14):3710-3715.
9. Frith, U. Autism: Explaining the Enigma. Oxford: Blackwell, 1989.
10. Lovaas O.I. Teaching individuals with developmental delays: basic intervention techniques. N.Y., 2002. - 429 p
11. Pelphrey, K.A., and J. Piven. Visual scanning of faces in autism // Journal of Autism and Developmental Disorders 32 (2002):257, fig. 3. K. Pelphrey.
12. Phelps E.A., LeDoux J.E. Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. Neuron. 2005; 48(2):175-187.

ЮЗАБИЛИТИ - РАННЕЙ ПОМОЩИ. АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Белимова Полина Андреевна

инженер Университета ИТМО

Центр Юзабилити и Смешанной Реальности

г. Санкт-Петербург, belimova_polina@mail.ru

Юзабилити в широком смысле понимается как качественная оценка комфорта и простоты работы с системой, услугой или продуктом. Сейчас понятие юзабилити закрепилось в коммерческой и профессиональной областях и подразумевает качественное и количественное исследование удобства взаимодействия пользователя с программными интерфейсами,

обеспечивающими работу специалистов, или относящимися к сферам услуг и развлечений. Необходимо понять, как юзабилити исследования могут найти применение и понимание в контексте ранней помощи.

Современный мир увлечен проектированием человеко-компьютерного взаимодействия, поскольку человеческая жизнь становится немислимой без компьютерных интерфейсов. Юзабилити - это эргономика на новый лад. Многие отечественные и зарубежные авторы посвящают свои труды исследованиям взаимодействия человека и интерфейса: Фисун А.П. [3], Баканов А.С. [1], Нильсен Я. [2], Викенс К. [5] и другие.

Согласно разделу в международном стандарте, посвященному юзабилити, система должна отвечать потребностям пользователя, быть доступной в изучении, контролируемой и управляемой, защищенной от ошибок пользователя. Интерфейс должен подразумевать возможность использования широким кругом людей, быть эстетичным, приятным в использовании. Соответственно, юзабилити как характеристика удобства использования подразумевает степень, в которой система является доступной и интуитивно понятной для человека [4].

Люди в современном мире - пользователи. Потребности людей с ограниченными возможностями особенны и индивидуальны в той же степени, в которой они уникальны для других. Отличие заключается в том, что на некоторых этапах жизни эти люди в большей степени нуждаются в доступных средствах коммуникации с окружающим миром. Существует множество технологий и программ, предназначенных для того, чтобы упростить коммуникацию для людей с ДЦП, аутизмом и другими особенностями развития. Несмотря на то, что активно используются карточные обучающие методики (такие, как PECS), аналоговые устройства (GoTalk и др.), в обучении детей все чаще встречаются цифровые технологии, использование которых органично вписывается в стиль жизни современного человека.

Альтернативные средства коммуникации и их интерфейсы должны не только соответствовать требованиям международного стандарта, но и опираться на юзабилити исследования пользовательского взаимодействия, где объектами выступают как люди с ограниченными возможностями, так и воспитатели, учителя и родители, не менее тесно взаимодействующие с этими средствами коммуникации во время обучения детей и повседневного общения с ними. Современные технологии, такие как Eye-tracker (устройство для регистрации взгляда человека), кожно-гальванические датчики (КГР), а также методы наблюдения и анализа поведения могут предоставить данные, на

которые будут опираться исследователи и разработчики в проектировании и дизайне устройств, предназначенных для обеспечения доступности общения людей с различными возможностями здоровья.

Список литературы:

1. Баканов А.С., Обознов А.А. Эргономика пользовательского интерфейса: от проектирования к моделированию человеко-компьютерного взаимодействия. - М.: Институт психологии РАН, 2011. - 176 с. - ISBN 978-5-9270-0191-0.
2. Нильсен Я., Лоранжер Х. Web-дизайн: удобство использования Web-сайтов = Prioritizing Web Usability. - М.: «Вильямс», 2007. - 368 с. - ISBN 0-321-35031-6.
3. Фисун А.П., Гращенко Л.А. и др. Теоретические и практические основы человеко-компьютерного взаимодействия: базовые понятия человеко-компьютерных систем в информатике и информационной безопасности / А.П. Фисун. - Деп. в ВИНТИ 15.10. 2004 г. № 1624 – В 2004. - Орел: Орловский государственный университет, 2004. - 169 с.
4. ISO DIS 9241-11 Эргономические требования к офисной работе визуальными терминалами (VDTs) (часть 11).
5. Wickens, Christopher D. An introduction to Human Factors Engineering (2nd Edition) Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, USA, 2003. ISBN:0131837362.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА: РАЗВИТИЕ, ПРОБЛЕМЫ И СОТРУДНИЧЕСТВО

Мананкова-Бюе Светлана

*старший советник / руководитель проектов, секция Развития услуг
здравоохранения, отдел эл. здравоохранения и ИКТ,
Университетская больница Северной Норвегии
г. Тромсø, Svetlana.manankova.bye@unn.no*

Университетская больница Северной Норвегии (УБСН) – это Университетская и региональная больница для областей Нурланд, Тромс, Финмарк и Шпицбергена (численность населения 477 000 человек). А также УБСН выполняет функции местной больницы для области Тромс и северной части области Нурланд (численность населения 187 000 человек).

В больнице 6379 должностей сотрудников. По сути, в состав УБСН входят 5 больниц, расположенных в разных географических регионах и областях. Кроме того в сферу ответственности и администрирования УБСН входят 5 межрайонных психиатрических центров (DPS), 2 межрайонных медицинских центра (DMS) и значительные догоспитальные ресурсы: 1 АМК, национальная координация вылетов санавиации, 31 подстанция скорой помощи, 46 машин скорой помощи, 4 катера скорой помощи, 2 вертолета, 2 самолета.

Сферы особого внимания УБСН (2018):

- Сквозной процесс работы с пациентом
- Содействие пациентов и пользователей
- Взаимодействие и распределение функций - Способствовать взаимодействию и использованию технологий эл. Здравоохранения. Пациенты, готовые к выписке на наиболее низкий уровень
- Качество и безопасность для пациентов - определить измерители качества в лечении пациентов. Измерять и документировать результаты в регистрах качества. Информировать о результатах, чтобы пациент мог участвовать в принятии решений. Учиться на результатах надзора, отклонений и ревизий во всей УБСН
- Обучение и рекрутирование - В сотрудничестве с университетом, колледжами и гимназиями обучать мотивированных и компетентных работников здравоохранения
- Научные исследования - УБСН должна улучшить свою работу путем участия в научных исследованиях, постоянного развития и инноваций
- Технологии и эл здравоохранение - УБСН будет использовать возможности для развития услуг здравоохранения и взаимодействия, которые дают технологии.
- Обучение пользователей, сотрудников и руководителей должно иметь приоритет.

В Норвегии гарантированы права на оказание помощи и социальных услуг. «Государство благополучия в кризисе»: слишком большое, дорогое и бюрократичное. Занятость врачебных должностей, особенно в сельских районах, слишком низкая.

Предложение больничных и специализированных услуг очень неравномерное. Очередь на оказание помощи часто слишком длинна.

Внедрено *правило приписки к врачу общей практики* в 2001, после 10 лет всестороннего тестирования. Удален областной уровень здравоохранения, государство взяло на себя больницы. Больницы преобразованы в «предприятия здравоохранения».

Закон о ПЗ ~ Закону об АО. *Свободный выбор больниц* с 2001. *Реформа взаимодействия* с 2012, чтобы улучшить взаимодействие специализированных услуг (больницы) и первичного здравоохранения. Реорганизация центрального государственного администрирования.

Здравоохранение в Норвегии трехуровневое. Службы здравоохранения и заботы в муниципальных образованиях работают в 422 муниципальных образованиях (коммунах). Сюда входят Врачи общей практики, Службы ухода и заботы, Станции здоровья, Школьное здравоохранение, Наркология и психиатрические услуги, Социальные услуги, Стоматология, Физиотерапия, Абилитация и реабилитация.

Специализированные услуги здравоохранения оказываются в 4 региональных предприятия здравоохранения с ответственностью за оказание специализированных услуг. Это Больницы, Поликлиники, Врачи-специалисты, Услуги оказания скорой помощи, Лабораторные и рентген-услуги, Специализированное лечение в наркологии.

Национальный / государственный уровень представляют Министерство здравоохранения, Директорат здравоохранения, Директорат электронного здравоохранения, Государственный надзор за здравоохранением, Национальный институт народного здравоохранения.

Национальные цели по разделу информационно-коммуникационных технологий/ИКТ (ref. «Один житель – одна история болезни») имеют 6 сфер особого внимания:

- Оцифровка рабочих процессов,
- Оказание помощи новыми способами,
- Лучшее взаимодействие и сквозной процесс работы с пациентом,
- Улучшение использования данных о здоровье,
- Управление и повышение способности проведения процессов,
- Общий цифровой фундамент.

Более 10 лет назад ВОЗ совместно с международным союзом электросвязи/МСЭ издали «Комплект материалов по национальной стратегии электронного здравоохранения».

Цель: удовлетворение потребностей стран независимо от того, на каком уровне развития они находятся, и которые стремятся внедрять и использовать новейшие ИКТ в сфере здравоохранения для обеспечения граждан благами, поддающимися количественному измерению.

Комплект состоит из разделов:

- Информационные технологии
- Медицинская информатика
- Передача технологий
- Информационные системы
- Национальные программы здравоохранения

Обращается внимание на то, что необходимо поддерживать постоянное вовлечение основных заинтересованных сторон, как из сектора здравоохранения, так и из других секторов.

Успешное внедрение национальной концепции электронного здравоохранения во многом зависит от наличия постоянной поддержки и руководящих указаний со стороны заинтересованных сторон и поэтому не ограничивается лишь разработкой национальной стратегии.

Всемирная организация здравоохранения определяет электронное здравоохранение как использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в сфере здравоохранения. В самом широком смысле этого понятия электронное здравоохранение призвано улучшить информационный поток посредством электронных средств для поддержки предоставления медицинских услуг и управления системами здравоохранения.

ИКТ обеспечивают существенные преимущества не только в процессе достижения целей здравоохранения, но также и в демонстрации того, что было достигнуто и какой ценой.

Аргументы в пользу внедрения этих технологий очевидны уже на протяжении более десяти лет. Однако во многих странах продвижение электронного здравоохранения из периферии в центр стратегического планирования в сфере здравоохранения произошло только благодаря кризису в этом секторе.

Глобальная обсерватория электронного здравоохранения (www.who.int/goe) дала примеры электронного здравоохранения (ЭГ):

- Электронный реестр медицинских данных
- Электронная медицинская карта
- Дневник состояния здоровья пациента

- Телемедицина
- Мобильное здравоохранение
- Системы поддержки принятия решений
- Ведение пациентов с хроническими заболеваниями
- Системы управления практикой, ведения пациентов и клинического применения
- Услуги электронного отпуска лекарственных средств
- Информационные ресурсы в сфере здравоохранения
- Дистанционное обучение медицинских сотрудников (электронное/сетевое обучение)
- Информационные системы в сфере здравоохранения.

В постоянно растущем цифровом мире, подстегиваемом технологическим прогрессом, инвестициями в экономику и социально-культурными переменами, все более очевидной становится неизбежная необходимость интеграции ИКТ в сектор здравоохранения.

Это справедливо как для обеспечения всех граждан высококачественными и безопасными медицинскими услугами равными для всех, так и для выполнения обязательств по исследованиям в сфере здравоохранения, отчетности и гуманитарной деятельности.

ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЯ НА ВОПРОСЫ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Смирнов Александр Николаевич

*член Правления РО ВОРДИ СПб, Санкт-Петербургская общественная
организация инвалидов «ДАУН ЦЕНТР»
папа девочки с синдромом Дауна
г. Санкт-Петербург*

Смирнова Варвара 23.11.2007 г. р.

До рождения Вари, ни я, ни Варина мама никогда с синдромом Дауна (СД) не сталкивались и, практически, ничего о нем не знали. Все, что я знаю и пишу, основано на опыте одной конкретной семьи и не претендует на «истину в последней инстанции». Что-то у нас получилось лучше, что-то хуже. А вот почему не получилось, мы не доработали или это влияние лишней хромосомы, а особенно *где* не доработали и *в чем* влияние этой хромосомы - приходится только гадать.

Сразу после Варюшиного рождения меня пригласил детский врач роддома и сказал, что у Вари, возможно, синдром Дауна и надо сдать анализы на кариотип. Конечно, это был шок, не это ждали и не к этому мы готовились. Однако, надо, так надо, анализы мы сдали и по нашему с женой настоянию поехали домой. Из выписного эпикриза: «29.11.07 г. мать самовольно, под расписку, забрала ребенка из отделения, отказалась от лечения... Состояние тяжелое... Прогноз для жизни очень серьезный». Что они имели в виду, для нас до сих пор загадка, наверное, просто перестраховывались. Через две недели пришли анализы, подтвердившие диагноз – простая трисомия по 21 хромосоме.

Стали мы с женой разбираться, что же это такое – синдром Дауна и как с этим жить. Информации было немного и, в основном, общего характера. Огромное спасибо генетику г. Череповца Дубовенко Людмиле Сергеевне, человеку и специалисту, который помогала нам делать первые шаги – объясняла, что такое гипотиреоз, рекомендовала те или иные процедуры и специалистов, рассказала про РЦ «Преодоление», РЦ «Детство».

В Интернете мы нашли сайт фонда «Даунсайд Ап» и книгу Г. Домана «Маленькие ступени».

Первые год – полтора занимались с Варей по «Маленьким ступеням» и считаю, что благодаря этому ее физическое развитие соответствовало нормам обычных детей...

Первый год - очень тяжелый психологически, особенно для мамы, которой надо принять диагноз, перестроить и переосмыслить всю свою жизнь.... Хотя реальное понимание, что же такое СД формировалось достаточно долго, окончательно иллюзии рассеялись где-то годам к пяти.

Несмотря на все сложности, а может благодаря им, год пролетел очень быстро и как в тумане. Где-то в октябре - ноябре 2008 года Варя с мамой начали посещать РЦ «Преодоление»: работа с дефектологом, различные игровые занятия, а самое основное - большая психологическая разгрузка для мамы, т.к. появился круг общения со специалистами и мамами таких же «особых детей». Как следствие, и в семье стало немного легче.

Примерно в это же время, мы начали задумываться о перспективах посещения детского садика. В первую очередь, учили Варю основным навыкам социализации: самостоятельно кушать, пользоваться туалетом, одеваться.... К трем годам она все это освоила.

В тоже время все больше и больше увеличивалось отставание в развитии от обычных детей. Речь практически отсутствовала - да, нет, отдельные звуки,

несмотря на постоянные занятия с дефектологом и логопедом. Пытались заниматься дома сами, но каких-либо методик не было, «давить» на ребенка не хотелось... Возможно, надо было быть настойчивей и больше заниматься с Варей.

В сентябре 2011 года Варя пошла в детский сад. Первый год мы отходили в обычный массовый детсад - группа 30 человек, воспитатель и нянечка. Сначала, несколько часов, потом до обеда и так далее. Проблем особых не было, но и успехов тоже. В такой большой группе, часто без нянечки, уделять особое внимание Варе воспитатель, просто физически, была не в состоянии. Поэтому, к концу года решили поменять его на коррекционный.

Администрация коррекционного сада предлагала нам группу «Особый ребенок», но после нескольких встреч и сложных переговоров, мы договорились попробовать группу ЗПР - 15 человек детей, воспитатель, дефектолог-логопед и нянечка, постоянные групповые и индивидуальные занятия. В эту группу мы и проходили до самой школы и очень благодарны заведующей и специалистам этого детского сада.

Параллельно мы продолжали заниматься развитием речи, количество логопедов доходило до 3, занятия до 5 раз в неделю, дома занимались по карточкам глобального чтения, изучали алфавит, складывали пазлы. Однако слов к 6 годам в Варином словаре было не больше 10. Больших проблем с коммуникацией, правда, это не составляло, мы прекрасно понимали и понимаем друг друга при помощи жестов.

Проблемы социализации

1. В возрасте 1,5 – 2 года маме с Варей стало тяжело ходить в магазины и в другие общественные места. Варе все было интересно, она хватала понравившуюся вещь, громко выражала нечленораздельными звуками свои эмоции – маме все это переносить оказалось непросто.... Поэтому где-то в течение 4-6 месяцев я с Варей, вдвоем, ходил по магазинам и катался в общественном транспорте только с целью социализации, как на экскурсию. Заходим в магазин, она бежит между рядами, на что-то смотрит, что-то хватает, а я иду сзади, смотрю, чтобы ничего не разбила.... Через какое-то время стали ходить втроем, потом совершать покупки.... Продолжали мы эти экскурсии по магазинам, практически, до 7 лет и где-то до этого же времени, когда ребенок уставал, во время шопинга случались истерики - со слезами, падениями на пол, агрессией...

2. С 3 лет стали посещать детские городки, особенно надувные, летом практически каждый вечер мы с Варей ходили к таким надувным городкам, где она вместе с нормативными детьми бегала, прыгала, забиралась и скатывалась с горок. Это давало и социализацию, и физическое развитие. Лет с 5-ти освоили батуты, на которых Варюшка могла прыгать до получаса и различные карусели.

3. Лет с 4-х Варя начала кусаться и царапаться, если она была сильно с чем-то не согласна, а мы, родители, продолжали настаивать. Происходило подобное только с близкими – мама, папа, бабушка, сестра.... Это достаточно типовое поведение «солнечных» детей, которое связано с тем, что по-другому они не могут донести до «глухих взрослых» свое несогласие, боль и обиду... Мы старались не ругать Варю за это, а объясняли, что так делать плохо и учились не доводить до критических ситуаций. Постепенно к 7 годам это прошло.

Осенью 2013 года, когда Варе шел 6-й год, мы нашли тренера, который согласился взять ее в группу начинающих в танцевальную студию. По началу, Варя больше стояла в стороне и смотрела, но постепенно, шаг за шагом стала повторять за другими и осваивать движения.

В 6 лет договорились и пошли на подготовительные курсы к школе, а дома стали учиться писать по прописям. Первые 2-3 месяца Варя ходила с удовольствием. Однако к новому году стала все больше и больше отставать и терять интерес к занятиям, т.к. все меньше и меньше понимала изучаемое. До конца учебного года мы доходили, но для себя окончательно определились, что в обычную школу мы не пойдем.

Летом 2015 года мы переехали в Санкт-Петербург, а осенью пошли в коррекционную школу 8-го вида №613 в 1А класс. Школа была небольшая, в классе - 12 человек. Учительница - молодая и, наверное, неопытная девушка, относилась к детям с душой. Правда в конце года она ушла в декретный отпуск и появилась Вероника Руслановна, с которой Варя заканчивала первый класс и училась следующие 3 года. Огромное ей спасибо, за те силы, терпение и любовь, потраченные на наших детей и на Варю в частности. Четыре года пролетели быстро.

С 1-го сентября Варя идет в 5-й класс. Там будут новые предметы, новые педагоги и для нас женой и для Вари - это новое испытание. Тем более, что за 4 года учебы мы освоили немного – читаем по слогам, кое-как пишем диктанты, считаем на калькуляторе...

Про спорт

После переезда в Санкт-Петербург Варя стала посещать эстрадно-цирковой кружок при районном детском Дворце творчества. С сентября 2016 года добавился «Упсала – цирк».

В сентябре 2017 года мы привели Варю в бассейн, чтобы научиться плавать. И как-то так получилось, что через год Варю перевели в спортивную группу и сейчас она тренируется 3 раза в неделю. Появились и первые успехи – 1 место вольным стилем и на спине на Всероссийской спартакиаде специальной олимпиады по легкой атлетике, плаванию и волейболу в г. Смоленске 2019 г.

С января 2018 добавилась художественная гимнастика, правда пришлось пожертвовать цирком – все не успеть. За прошедшие 2 года Варя успела поучаствовать в 2-х Всероссийских спартакиадах и в чемпионате Европы среди лиц с СД в г. Бохуме (Германия) в 2018 году. Она - серебряный призер Спартакиады и бронзовый призер чемпионата Европы. Но главный итог это конечно не медали, а Варино физическое и умственное развитие, она очень прибавила за эти 2 года. И еще - это дополнительная социализация всей семьи.

Сейчас Варя с мамой готовятся к Трисомным играм, которые пройдут в 2020 году в Турции. Это что-то сродни Олимпийских игр, только для людей с синдромом Дауна.

И в заключение - что хотелось бы от науки:

1. Диалога научного сообщества и сообщества людей с синдромом Дауна - на тему интересов науки и потребностей людей с СД. Честной, откровенной дискуссии о психо-неврологических интернатах и сопровождаемом проживании, коррекционных школах и инклюзии;
2. Изучения проблем речи с использованием современных технологий исследования (фМРТ и др.), чтобы понять, чем мозг/работа мозга людей с синдромом Дауна отличается от работы мозга других людей;
3. Разработки, на основании полученных данных, конкретных методик стимуляции деятельности мозга для помощи в развитии детям с синдромом Дауна

ОСОБЕННОСТИ ОСВОЕНИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ РУССКОГО ЯЗЫКА (РОД, ЧИСЛО, ПАДЕЖ) ДЕТЬМИ В НОРМЕ, В СИТУАЦИИ ДВУЯЗЫЧИЯ, С ДИАГНОЗОМ ОНР И ДЦП

Галкина Елена Владимировна*, Краснощекова Софья Викторовна**

лаборатория психофизиологии речи

** ФГБУН Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН
Санкт-Петербург, dinotata@yandex.ru*

*** ФГБУН Институт лингвистических исследований РАН
Санкт-Петербург, ndhito@mail.ru*

Типично развивающийся одноязычный ребенок рано осваивает базовые правила именной морфологии флективного языка [Воейкова, 2011]. Словоизменительные парадигмы начинают формироваться в индивидуальной грамматической системе ребенка на рубеже второго и третьего года жизни [Кошелев, 2009: 60]. Уже к 3 годам количество ошибок в согласовании, употреблении падежей, флективном маркировании значительно уменьшается. В этом возрасте ребенок достаточно свободно конструирует словоформы на основе правил, извлеченных из инпута (речи окружающих его взрослых) и самостоятельно переработанных [Цейтлин, 2009].

Дети-билингвы, особенно билингвы-херитажники, демонстрируют более позднее освоение морфологии. Действительно, процесс освоения русского языка у детей-билингвов похож на освоение языка детьми-монолингвами. Однако у билингвов в более старшем возрасте (в 5–7 лет) сохраняются ошибки, характерные и для детей-монолингвов возраста около трех лет [Peeters-Podgaevskaja, 2008].

Запаздывание наблюдается и у детей с общим недоразвитием речи (ОНР). Причинами билингвальных ошибок называют как недостаточность инпута на одном из языков, так и когнитивную сложность освоения ребенком нескольких языков одновременно.

В речи детей с детским церебральным параличом (ДЦП) грамматические формы и категории усваиваются медленно и с большим трудом, что также обусловлено ограниченностью речевого общения.

Материалом для данного исследования являются записи речи детей (рассказ с опорой на сюжетные картинки). Сравнительный анализ проводится в следующих группах:

- (1) одноязычные типично развивающиеся дети (4,5-5,5 лет, n=25);
- (2) русско-шведские, русско-голландские дети-билингвы, проживающие в двуязычных семьях за пределами России, а также русско-азербайджанские билингвы, проживающие в России (5,5-6,5 лет, n=75);
- (3) русскоязычные дети с общим недоразвитием речи 2-3 степени (ОНР) (4,5-5,5 лет, n=25);
- (4) русскоязычные дети с детским церебральным параличом (ДЦП) (5,5-7,5 лет, n=18).

Кроме того, для определения, насколько значимой является билингвальная ситуация, к сравнению привлекаются взрослые, осваивающие русский язык как иностранный (5). Рассматривается освоение именной морфологии, в том числе таких ее элементов, как предложно-падежные конструкции, согласование прилагательных с существительным в роде, числе и падеже, согласование глаголов с существительным и анафорических местоимений с именным antecedentом в роде и числе.

Основной стратегией, приводящей к ошибкам у билингвов, является симплификация. Она проявляется в использовании «замороженных» форм: «замороженными» могут быть начальные формы слов (именительный падеж, мужской род); частотные косвенные формы; услышанные и запомненные первыми косвенные формы. Использование стратегии симплификации характерно не только для детей-билингвов, но и для детей с ДЦП, взрослых иностранцев, а также, в меньшей степени, для типично развивающихся монолингвов раннего возраста:

«Кошка хочет маленький птичка» (билингв) - замороженный именительный падеж, мужской род;

«Лису хотел взять это и напугал ворона... и лису убежал» (билингв) - замороженный мужской род «лиса хотел... убежал»; винительный падеж «лису»;

«Коза видит козленок кто падает на вода» (взрослый инофон) - замороженный именительный падеж;

«Собака хочет есть мышку, но мышку бежит когда-нибудь, где собака не может смотреть» (взрослый инофон, родной язык китайский) - замороженный винительный падеж «мышку».

Так как основной целью ребенка является сам акт коммуникации, а не правильность речи как таковая (о чем, например, свидетельствует нежелание

многих детей-билингвов употреблять другие формы и вообще протест против исправлений), для детей могут быть характерны те формы, которые либо наилучшим способом выражают его намерения, либо хоть каким-то образом им соответствуют. При этом коммуникативные потребности ребенка часто превосходят уровень его лингвистических возможностей. В таких ситуациях ребенок прибегает к стратегии симплификации и использует все доступные ему на данный момент средства. Это упрощение является необходимым, чтобы ребенок мог справиться со сложной когнитивной задачей усвоения двух языков. Для того, чтобы разобраться во всем многообразии языковых явлений, ребенок старается обобщить и систематизировать их, на что в свою очередь влияет множество разных факторов, все из которых просто нет возможности рассмотреть.

Как можно заметить, все информанты, использующие стратегию симплификации, имеют ограниченное количество контактов на русском языке. Наименее социализированной группой здесь является группа детей с ДЦП. Грамматические формы и категории усваиваются детьми с ДЦП медленно и с большими затруднениями. Их ошибки в согласовании и в использовании падежных форм связаны с дефицитом инпута и речевой практики в условиях частичной речевой изоляции. Трудности наблюдаются: при построении предложения, согласовании слов, употреблении падежных форм [Приходько, 2014]. В литературе указываются характерные ошибки - «Кольцо круглая», «Я сижу с Миша».

Сделанный вывод доказывается также специфическим характером ошибок у детей с ОНР. Такие дети имеют достаточное количество языкового инпута и речевой практики, однако также допускают ошибки. Их основной стратегией является хаотичный, случайный выбор грамматической формы. Применительно к речи иностранцев мы называем такую стратегию «стратегией любой граммеры»: говорящий не обращает внимание на семантические и грамматические требования языка, а использует в каждом конкретном случае форму, которая первой всплывает в его памяти.

Стратегия любой граммеры объединяет детей с ОНР и взрослых инофонов, первые языки которых обладают бедной морфологией и лишены категорий падежа (разговорный арабский) и грамматического рода (китайский язык).

«Одинокое утро, около озера было кошка, которую видела бабучку. Он хотел играть с нее. Но не видел кусте» (взрослый инофон, родной язык португальский) - хаотичный выбор падежных форм;

«В утром одна спобака гляла в поле. Он посмотрил одна мышь. Эта спобака очень рада» (взрослый инофон, родной язык китайский) - хаотичный выбор рода.

Возвращаясь к билингам, необходимо упомянуть, что иногда на выбор граммемы оказывает влияние второй (или третий) язык. Стратегия переноса, или трансфера, не играет ведущей роли (носители структурно разных языков допускают одинаковые ошибки), однако не может не иметь определенного значения в специфической билингвальной ситуации. Трансфер из другого языка характерен и для детей-билингвов и для взрослых инофонов, что проявляется в переключении лексических кодов или переносе грамматических характеристик лексемы:

«И этот wolf кушал рыбу» (билингв) - перенос слова «волк» из второго языка;

«Моя родная город» (взрослый инофон, родной язык арабский) - перенос женского рода слова «город» из родного языка;

«Я купил из магазина» (взрослый инофон, родной язык финский) - перенос управления глагола «купить» из родного языка: *ostan kaupasta*.

Еще одной стратегией, типичной для одноязычных и двуязычных детей, является стратегия сверхгенерализации. Она проявляется в распространении флексий слов одного класса на все слова. Так, одноязычные дети скорее допускают ошибки смешения флексий внутри одного падежа, чем смешение форм разных падежей [Цейтлин, 2009]. Если сверхгенерализация является ведущим источником ошибок в речи одноязычных детей раннего возраста, то для детей-билингвов ее значение не настолько велико по сравнению со стратегией симплификации. Тем не менее, она используется и детьми-билингвами и взрослыми инофонами:

«Маленьких птичков» (билингв) - окончание м.р. род.п. мн.ч. «-ов» распространяется на все формы род.п. мн.ч., в том числе на слово ж.р. «птичка»;

«Тогда его мама увидела его и помогла ему, чтобы плыть к берегу» (взрослый инофон, родной язык вьетнамский) - окончание ж.р. дат.п. ед.ч. «-е» распространяется на все формы дат.п. ед.ч., в том числе на слово м.р. «берег».

Несмотря на то, что дети-билингвы используют разные стратегии, основной для них остается стратегия симплификации. Само по себе билингвальное окружение, по всей видимости, играет меньшую роль, чем общий дефицит инпута и речевой практики. Именно недостаточный объем

речи, которую воспринимает ребенок, и заставляет его использовать упрощающую стратегию при порождении собственных высказываний, что, в свою очередь, приводит к характерным ошибкам. Подобная картина наблюдается и у других групп, испытывающих дефицит речевого инпута, а именно, у детей с ДЦП и у взрослых иностранцев, изучающих второй язык «школьным» способом.

Список литературы:

1. Воейкова М.Д. Ранние этапы усвоения детьми именной морфологии русского языка. М., 2011.
2. Кошелев А.Д. О когнитивных факторах развития детской речи // Проблемы онтолингвистики - 2009: Мат. межд. конф. 17–19 июня 2009 г. СПб., 2009. С. 54–60.
3. Приходько О.Г. Специфика речевого развития детей с церебральным параличом. Специальное образование. 2014. №2. С.107-112.
4. Цейтлин С.Н. Очерки по словообразованию и формообразованию в детской речи. М., 2009.
5. Peeters-Podgaevskaja A.V. Problemy osvoenija russkogo jazyka kak второго родного det'mi 5-7 let i sozdanie adekvatnogo učebnogo posobija [Problems of the acquisition of Russian as L2 in children aged 5 to 7, and compilation of an appropriate language course] // Literature and beyond: Festschrift for Willem G. Weststeijn on the occasion of his 65th birthday. Amsterdam, 2008. P. 609–627.

Подписано в печать 15.11.2019 г.
Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 4,4. Тираж 100 экз.
Заказ № 5225.

Отпечатано с готового оригинал-макета заказчика
в ООО «Издательство “ЛЕМА”»
199004, Россия, Санкт-Петербург, 1-я линия В.О., д.28
тел.: 323-30-50, тел./факс: 323-67-74
e-mail: izd_lemma@mail.ru
<http://www.lemaprint.ru>