

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ИЗДАНИЙ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВАК РФ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА И ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Учредитель и издатель –
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД
«СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ»



электронная версия журнала размещена на сайте www.naordi.ru

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Лильин Е.Т. – д.б.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор ФГУ РПЦ «Детство» Минздравсоцразвития России, академик РАЕН, Москва, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Глазкова С.В. – ФГУ РПЦ «Детство» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Антонова Г.А. – директор Московского областного фонда медицинского страхования, Москва

Богданов О.В. – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор АНО «Возвращение», Санкт-Петербург, Россия

Доскин В.А. – д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, зав. кафедрой поликлинической педиатрии РМАПО, Москва, Россия

Дымнич Т.С. – к.соц.н., первый заместитель Министра социальной защиты населения Московской области, Москва, Россия

Volker Hoemberg Dr. Prof., St. Mauritius Therapieklinik, президент общества детских неврологов Германии, директор клиники Святого Маврикия, Дюссельдорф, Германия.

Калинина Л.В. – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней педиатрического факультета РГМУ, Москва, Россия

Козьявкин В.И. – д.м.н., профессор, академик АН Украины, Герой Украины, Заслуженный деятель науки и техники Украины, генеральный директор Международной клиники восстановительного лечения и Реабилитационного центра «Элита», Украина

Левченко И.Ю. – д.психол.н., профессор, зав. кафедрой специальной психологии и клинических основ дефектологии МГОПУ им. М.А. Шолохова, Москва, Россия

Намазова Л.С. – д.м.н., профессор, заместитель директора ГУ НЦЗД РАМН по научной работе, Директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения

Пузин С.Н. – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, академик РАМН, директор ФГУ Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Росздрава, Москва, Россия

Семенова К.А. – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник НЦЗД РАМН, Москва, Россия

Студеникин В.М. – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НЦЗД НИИ педиатрии РАМН, Москва, Россия

Тамазян Г.В. – заместитель Министра здравоохранения Правительства

Московской области, заслуженный врач РФ, Москва, Россия

Georg Tyminskiy Dr. Med. – European Scientific Society, Hanover, president The International Congress Euromedica Hanover, Ганновер, Германия

Хан М.А. – д.м.н., профессор, руководитель отдела заболеваний детей и подростков ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава, главный детский физиотерапевт и курортолог Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Широкова В.И. – директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ, к.м.н.

Юнусов Ф.А. – д.м.н., профессор, академик РАЕН, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации, Москва, Россия

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ

Куликовская Т.Ю. – начальник Центра социальной адаптации и коррекционной педагогики ФГУ РПЦ «Детство» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Григорьев С.В. – к.психол.н., заведующий сектором игровой культуры Московского городского дворца детского (юношеского) творчества, главный координатор международной организации «Друзья игры», ведущий научный сотрудник Института психологии, Москва, Россия

Губина Н.Б. – заслуженный врач РФ, главный врач Санкт-Петербургского Государственного учреждения здравоохранения «Детский санаторий – реабилитационный центр «Детские Дюны» Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия

Исанова В.А. – д.м.н., профессор, главный реабилитолог Министерства социальной защиты Республики Татарстан, Казань, Россия

Крошнин С.М. – к.м.н., заслуженный врач РФ, член медицинского комитета Европейской национальной лиги по плаванию, главный врач Московской областной больницы восстановительного лечения, Москва, Россия

Kristina Muller Dr. Priv.-dozent., Meerbusch – главный врач нейропедиатрического реабилитационного отделения, Мейербах, Германия

Разенкова Ю.А. – к.п.н., старший научный сотрудник, ученый секретарь Института коррекционной педагогики Российской академии образования, зав. Лабораторией ранней помощи детям с проблемами в развитии, директор ГНУ «Центр ранней диагностики и специальной помощи детям», Москва, Россия

РЕДАКТОР-КОРРЕКТОР

Бадикова Л.К.



Международная топливно-энергетическая Ассоциация



МОО «Ассоциация защиты информации»



МОСКОВСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ



Союз производителей
нефтегазового оборудования



РЕГИСТР ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ РОССИИ



МОСКВА

2010

Информационная поддержка:
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РОССИЙСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «ДЕТСТВО»
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	3	ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗРОСЛОГО И РЕБЕНКА С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛО- ЖИТЕЛЬНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНТАКТОВ	26
ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ		Горшенкова Н.В., Чернышева Т.Н., Старобина Е.М.	
ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО- СРЕДСТВОМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ	4	ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИПЛИКАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ	31
Низова Л.М., Перепёлкина И.В.		Брызгалова И. Л.	
ОРИГИНАЛЬНЫЕ РАБОТЫ		ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ	34
ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА У ПОДРОСТКОВ	9	Дьякова Ю.А., Строкольская Т.А., Усачева Е.В.	
Бушков Ф.А., Плотников С.Ю., Скрыбина Е.А., Еганян С.А., Шарандак А.П.		ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ВОСПРИЯТИЯ И ВНИМАНИЯ У РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА РАННЕГО ВОЗРАСТА В СЕМЬЕ	36
КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЗЫ И ХОДЬБЫ У БОЛЬ- НЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРИМЕНЕ- НИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	14	Кириллова Е. В.	
Лильин Е.Т., Измайлова А.Р., Полонская Н.М.		ВЕСТНИК НАОРДИ	
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СОЦИАЛИЗАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДАУНА	16	ОБРАЩЕНИЕ ПРАВЛЕНИЯ НАОРДИ	45
Цветков В.О., Новолодская Н.А., Суравешкина Н.В., Сулейманова Л.В.		ПЕРВЫЙ В РОССИИ... РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «СУВАГ», Г. НЕРЬЮНГРИ	47
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ В ПСИХО- НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ «ИСКОРКА»	21	ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
Малкова Ю.С., Ларионова Т.В.		ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ	55
ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ И ГЛУБОКОГО СТРЕТЧИНГА НА РАЗВИТИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	23	ПРАВИЛА РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ	55
Карташов В.П., Серегина Е.Ю.		ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ	56

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Е.Т. Лильин

Уважаемые коллеги!

С искренней радостью Правление Национальной ассоциации организаций по реабилитации детей-инвалидов сообщает Вам, что Ассоциация начала активную работу над теми задачами, которые были поставлены на конференции «Качество жизни детей-инвалидов в регионах России» 19 мая 2010 года.

Документы, принятые делегатами конференции, направлены Президенту России Д.А. Медведеву и Председателю Правительства России В.В. Путину. Мы надеемся, что ответы руководства страны дадут возможность продолжать активную работу по реабилитации детей с ограниченными возможностями и совершенствовать ее в дальнейшем.

Из тех мероприятий, которые провела НАОРДИ в течение года, хотелось бы отметить посещение рядом членом ассоциации международной выставки «Реабилитация-2010», прошедшей в Дюссельдорфе (Германия).

Члены делегации с удовлетворением констатировали, что основные направления нашей общей работы находят всеобщее понимание и, в частности, в развитии высокотехнологичной реабилитационной продукции. Новые модели «Мотомеда», «Локомата», дальнейшее развитие сенсорики и многое другое не только привлекают внимание, но и дают возможности тех или иных размышлений о будущем детей-инвалидов.

Вместе с тем отметим, что в настоящее время далеко не все члены НАОРДИ перевели те минимальные



взносы, которые были определены на конференции, что затрудняет работу Правления ассоциации.

Однако, для укрепления Ваших желаний по дальнейшей работе, публикуем перечень проведенных мероприятий в 2010 году и план дальнейшей работы на 2011 год.

Уверен, что многие из вас выразят свои предложения, свое видение проблем, что послужит укреплению наших связей и совместной работе.

Также редакция журнала «Детская и подростковая реабилитация» рада сообщить, что наш журнал сохранил свое место в перечне ведущих рецензируемых научно-практических журналов Всероссийской аттестационной комиссии.

С уважением,
главный редактор, Председатель правления НАОРДИ

Е.Т. Лильин

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПОСРЕДСТВОМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

© Л.М. Низова, 2010
УДК 316.614.5
Н 616

Л.М. Низова, И.В. Перепёлкина
Марийский государственный технический университет, г. Йошкар-Ола

**THE DISABLED CHILDREN FAMILIES AWARENESS INCREASE BY SOCIAL ADAPTATION
IMPROVEMENT**

L.M. Nizova, I.V. Perepjolkina
Mariyskiy state technical university, Joschkar-Ola

РЕЗЮМЕ

Статья основана на результатах социологических исследований, проведенных в Республике Марий Эл. Результаты исследования показывают недостаток информированности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Особое внимание уделяется проблеме социальной адаптации таких семей.

Ключевые слова: *ребенок с ограниченными возможностями здоровья, семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья, социальная адаптация, информированность, социальное обслуживание.*

SUMMARY

The paper is focused on sociological researches results, obtained by Republic of Mari El. The results of this study indicate the disabled children parents lack of information. Particular attention is given to the problem of their families social adaptation.

Key words: *disabled child, families with disabled children, social adaptation, awareness, social care.*

Актуальность темы обусловлена ростом численности детей с ограниченными возможностями здоровья. По данным министра здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой, численность детей-инвалидов в России составляет 545 000 человек, 12,2% из них проживает в учреждениях-интернатах.

Численность детей, впервые признанных инвалидами, – 67 121 человек. Из них 23,6% детей-инвалидов страдают заболеваниями различных органов и нарушений обмена веществ, 21,3% – умственными нарушениями и 23,1% детей-инвалидов имеют двигательные нарушения [9].

По данным научных исследований Федерального бюро медико-социальной экспертизы, подавляющее большинство семей, имеющих ребенка-инвалида, нуждается в информировании и консультировании (в целом 98%). В адаптационном обучении нуждаются 89,1%, в юридическом консультировании – 82,3% семей, имеющих ребенка-инвалида

[3; с. 4–16].

Данные проблемы имеют прямое отношение и к Республике Марий Эл. В настоящее время в ней проживают около 2 200 детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте до 18 лет. Впервые по направлению лечебно-профилактических учреждений для определения статуса «ребенок-инвалид» освидетельствовано около 400 человек [4; с. 4–45].

Статистические данные свидетельствуют о масштабы проблемы детской инвалидности и определяют необходимость принятия на государственном уровне комплекса мероприятий по созданию системы социальной защиты и адаптации лиц с ограниченными возможностями, обеспечивающей их интеграцию в общество, что и определило выбор темы, цели и задачи исследования.

Цель исследования – изучить процесс социальной адаптации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья,

с последующей разработкой социального проекта, направленного на повышение уровня информированности семей.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Рассмотреть особенности социальной адаптации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;
2. Провести контент-анализ некоторых периодических изданий с целью определения модуса репрезентации проблем лица ограниченными возможностями, а также семей, воспитывающих детей-инвалидов в средствах массовой информации;
3. Провести социологическое исследование методом анкетного опроса родителей детей с ограниченными возможностями, целью которого является изучение трудностей, с которыми сталкиваются семьи с детьми-инвалидами в процессе социальной адаптации, а также определение степени информированности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, по правовым вопросам и вопросам социальной защиты;
4. Разработать проект, направленный на содействие в успешной социальной адаптации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, посредством их информирования.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

По мнению Я.В. Леверовской, В.А. Балцевич, С.Я. Балцевич, социальная адаптация (лат. *adaptare* – приспособлять) – процесс приспособления, освоения, как правило, активного, личностью или группой новых для нее социальных условий или социальной среды. В современной социологии социальная адаптация в большинстве случаев понимается как такой социальный процесс, в котором и адаптант (личность, социальная группа), и социальная среда являются адаптивно-адаптирующими системами, то есть активно взаимодействуют, оказывают активное воздействие друг на друга в процессе социальной адаптации [8].

Работу по социальной адаптации детей с ограниченными возможностями рекомендуется строить по следующим направлениям:

1. Создание методических и организационных основ реабилитации детей с ограниченными возможностями;
2. Адаптация детей-инвалидов в образовательной среде, в социуме посредством специально организованного комплекса мероприятий;
3. Оказание помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями, в создании условий для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности;
4. Привлечение детей с ограниченными возможностями и членов их семей к работе по адаптации и реабилитации;
5. Поддержка и развитие творческого, художественного и интеллектуального потенциала детей с ограниченными психофизическими возможностями;
6. Взаимодействие с государственными органами, учреждениями и общественными организациями в разработке планов, программ и т.д. [7].

В Российской Федерации вопросы социальной защиты детей с ограниченными возможностями здоровья регулируются, наряду с общими нормами социального права, также в специальном законодательстве по вопросам социальной защиты инвалидов.

Права детей-инвалидов закреплены в Семейном кодексе Российской Федерации, Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и других нормативных документах [10].

В Республике Марий Эл руководствуются выше-названными нормативными документами, а также Федеральной программой «Дети России», в которую входят «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Планирование семьи» и другие [6].

В рамках этих документов созданы и функционируют следующие учреждения: Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавушка», Йошкар-Олинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями, ГУ РМЭ «Центр патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений», ГОУ РМЭ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции, подготовки семей для принятия детей и их профес-

сионального сопровождения «Детство» и другие. В этих учреждениях создаются специализированные смены для отдыха и обучения родителей совместно с детьми с ограниченными возможностями. Через эти центры ежегодно проходят более половины данного контингента.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОМ КОНТЕНТ-АНАЛИЗА

Для оценки существующих тенденций проанализирована региональная пресса, а также изучены статьи, в которых упоминается об инвалидах. В качестве источников получения информации использованы следующие газеты: «Марийская правда», «Семейная газета», «МК в Марий Эл» за прошедший год.

В результате проведенной работы удалось выявить частоту встречающихся статей, посвященных проблемам инвалидности. В среднем в ежедневнике «Марийская правда» в год на одну статью, посвященную вопросам инвалидности, приходится 150 статей иного информационного характера. В еженедельнике «Семейная газета» такое соотношение составляет 1:208; а в региональном издании «МК в Марий Эл» – 1:811. В СМИ освещаются проблемы инвалидов, назначение пенсий, льгот, проведением медико-социальной экспертизы и другие проблемы, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями в своей жизни.

Вместе с тем, исследование показало, что в СМИ недостаточно освещаются проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Статьи, посвященные этим проблемам, часто не формируют положительного общественного мнения об инвалидности, а наоборот, представляют инвалидов в качестве лиц, нуждающихся в посторонней помощи, вызывают сочувствие и жалость к проблемам, недугам людей. В связи с этим возможно сформулировать следующие рекомендации по представлению инвалидов в СМИ:

- люди с различными видами инвалидности должны выступать от своего лица. Разговор в первом лице («я», «мы»), представленный в СМИ, практически всегда более интересен и часто приносит больше удовольствия или эмоций, чем его передача в третьем лице;
- предоставлять в СМИ практическую информа-

цию, которая будет полезна в повседневной жизни;

- отказаться от стереотипного мышления, что инвалиды являются иждивенцами и не способны приносить пользу обществу. Представлять в СМИ инвалидов с точки зрения их возможностей и пользы, которую они могут принести обществу;
- инвалидов необходимо представлять как активных членов общества, а не как пассивных и несамостоятельных наблюдателей [5].

3. МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РМЭ (НА ОСНОВЕ АНКЕТНОГО ОПРОСА)

В целях исследования трудностей, с которыми сталкиваются семьи с детьми-инвалидами в процессе социальной адаптации на региональном уровне и определения степени информированности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, нами было проведено социологическое исследование в форме анкетного опроса.

Выборка проходила из числа городских и сельских жителей. В анкетировании принимали участие жители городов Йошкар-Олы, Волжска, Звенигова, а также Новоторъяльского, Моркинского, Килемарского, Волжского, Звениговского и других сельских районов.

Социальная адаптация семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, зависит от ряда факторов: материального положения семьи, ее состава, социально-психологического климата в семье, информированности по вопросам системы социальной защиты и реабилитации. Для 76% анкетированных пенсия по инвалидности является существенным подспорьем при формировании семейного бюджета; 52% анкетированных выделили свою заработную плату и 46% – заработную плату жены/мужа. 4% респондентов отметили собственную пенсию и такое же количество респондентов доходы других близких родственников. 2% участников исследования в качестве источника дохода подчеркнули пособие по потере кормильца, и, наконец, 2% – алименты.

Помимо материальной поддержки в виде пен-

сий, семьям с детьми с ограниченными возможностями полагается и ряд социальных льгот. Согласно ст. 17 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ, инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями. Такую помощь получают лишь 30% респондентов. Бесплатным питанием в школе обеспечены 2% детей; содержанием в детском учреждении или спецшколе – 4%, лекарственными препаратами – 2%; транспортными льготами 14%.

Тем не менее, исследование показало, что каждый второй респондент (50%) не пользуется никакими льготами и преимуществами в силу их слабой информированности. Лишь каждая четвертая семья имеет в собственном пользовании автомобиль.

Трудности адаптации семей к условиям жизни в обществе зависят от состава семьи. Более трети детей-инвалидов (36%) воспитывается в неполных семьях. Также более половины опрошенных (60%) имеют несколько детей в семье. Каждая пятая семья посещает реабилитационный центр.

В процессе анкетного опроса выявилось, что информацией о специализированных центрах, расположенных за пределами республики, располагают лишь 8% родителей и 12% – «скорее владеют, чем не владеют». Подавляющее большинство (66%) не владеют подобной информацией или полагают, что скорее не знают, чем знают (10%).

Главными источниками получения информации выступают врачи-специалисты (16%); знакомые, друзья, родственники (8%); сайты в Интернете (6%); специализированная литература (4%).

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, сталкиваются с такими трудностями как материальные, социально-бытовые, психологические и др.
2. Родители таких семей недостаточно информированы о своих правах, льготах и компенсациях, полагающихся им по закону.
3. Основными источниками получения информации выступают специалисты, друзья, родст-

венники, а также сайты в Интернете.

4. Способствовать социальной адаптации семей к новым условиям могут общественные фонды, специалисты, занимающиеся проблемами таких семей, группы взаимопомощи. В этой связи целесообразно использовать как можно больше источников информации, которые в будущем могут быть полезными таким семьям.

Более того, большинство респондентов (98%) признают, что в настоящее время практически отсутствует доступная специализированная литература, и выпуск ее должен регулироваться государством, учреждениями, обслуживающими такие семьи.

В настоящее время в Республике Марий Эл проводятся мероприятия, направленные на повышение уровня информированности: при учреждениях, осуществляющих обслуживание инвалидов, создаются информационные стенды, организуются встречи с родителями таких детей. Ежегодно проводятся культурно-массовые мероприятия, дети, а также их родители участвуют в различных конкурсах, выставках, показах. В реабилитационных центрах республики внедряются инновационные адаптивные методики.

В результате социологического исследования большинство проблем, по мнению опрошенных, возможно решить при определенной направленной политике государства (46%); при достаточном оснащении медицинских учреждений (38%); при материальном стимулировании семей (36%); при сплочении семьи, взаимопомощи и взаимопонимании (30%); при адекватном отношении окружающих к людям с ограниченными возможностями здоровья (24%); при помощи введения технических и транспортных средств в населенных пунктах (10%); при помощи «добрых людей», так сказать «с миру по нитке» (6%).

4. РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ ИНФОРМИРОВАНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ НУЖДАМИ

Развитие и воспитание больного ребенка требуют большей информированности родителей о заболевании, причинах болезни, последствиях и потенциальных возможностях как самого ребенка,

так и родителей. В связи с этим встает вопрос о сосредоточении всей необходимой информации для родителей детей-инвалидов в одном месте, создании дополнительных источников получения знаний.

В ходе исследования были учтены результаты контент-анализа, мнение респондентов, участвовавших в анкетном опросе, вследствие этого был разработан социальный проект «Мир равных возможностей», целью которого является совершенствование системы социальной адаптации семей посредством повышения уровня информированности родителей детей с ограниченными возможностями здоровья по вопросам организации социальной защиты и проведения реабилитационных мероприятий. Его развитие осуществляется одновременно в нескольких направлениях:

- 1) разработан буклет, в котором будет отражен алгоритм действий родителей после признания их ребенка инвалидом;
- 2) выпущены методические рекомендации для родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, в которых представлена информация о некоторых реабилитационных центрах и центрах профессиональной реабилитации, общественных учреждениях и благотворительных фондах, занимающихся поддержкой таких семей;
- 3) создан информационно-справочный портал «Мир равных возможностей» для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, где каждый желающий сможет найти подробную информацию, которая его интересует, а также получит возможность задать вопрос эксперту в той или иной области.

Вышепредставленные меры по нашим прогнозам увеличат количество семей, информированных по вопросам реабилитации и социальной защиты детей, помогут адаптироваться семьям к новым условиям жизни и поднять статус инвалидов как полноценных членов общества [11].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181.

2. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ (с изменениями от 20 июля 2000 г., 22 августа, 21 декабря 2004 г., 26, 30 июня 2007 г., 23 июля 2008 г., 28 апреля, 3 июня 2009 г.).
3. Андреева О.С., Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Дементьева Н.Ф., Шабалина Н.Б., Караева И.К., Житный М.В., Архангельская А.А., Сатарова И.Р. Основы социальной реабилитации детей-инвалидов: методическое пособие – М.: «ФБМСЭ», 2005. – 115 с.
4. Информация о деятельности Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Марий Эл» за 2009 год. – Йошкар-Ола, 2010. – 73 с.
5. Романов, П.В., Ярская-Смирнова, Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России: учебное пособие – Саратов: Научная книга, 2006. – 260 с.
6. Некоторые аспекты вопроса прав детей-инвалидов на примере г. Шелехова [Текст]: [Электронный ресурс]: Всякая всячина. Лицейский исторический журнал: <http://history.istu.edu/topic101.htm> (дата обращения – 12.05.2010).
7. Рекомендации для руководителей учебных заведений по социальной адаптации детей с ограниченными психофизическими возможностями [Текст]: [Электронный ресурс]: Керченская школа-интернат № 1: http://ruzkoshi.ucoz.ru/news/socialnaja_adaptacija/2009-09-26-55 (дата обращения – 21.05.2010).
8. Социальная адаптация [Текст]: [Электронный ресурс]: Яндекс словари: <http://slovari.yandex.ru/dict/sociology/article/soc/soc-1031.htm> (дата обращения – 13.05.2010).
9. Статистика по детям-инвалидам в России и Москве на 2009 г. Справка [Текст]: [Электронный ресурс]: Риановости: <http://www.rian.ru/society/20090917/185412439.html> (дата обращения – 10.05.2010).
10. Т.А. Федотовская, С.Н. Титов «Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ» № 7 (324) 2007 г. – 74 с. [Текст]: [Электронный ресурс]: Бюджетная система Российской Федерации: http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2007/VSF_NEW200706181321/VSF_NEW200706181321_p_003.htm (дата обращения – 16.11.2009).

Поступила 14.10.2010

ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА У ПОДРОСТКОВ

© Ф.А. Бушков, 2010
УДК 616-08-06
Б 948

Ф.А. Бушков, С.Ю. Плотников, Е.А. Скрыбина,
С.А. Еганян, Р.В. Салюков, А.П. Шарандак
Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление», Москва

PREVALENCES OF SPINAL CORD INJURY OF ADOLESCENTS

F.A. Bushkov, S.Yu. Plotnikov, E.A. Skrybina,
S.A. Eganyan, R.V. Salyukov, A.P. Sharandak
Rehabilitation center for disabled persons "Preodolenie", Moscow

РЕЗЮМЕ

На основании данных выписок, сбора анамнеза, оценки текущего клинического состояния проведен анализ развития поздних осложнений у 42 пациентов после тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы, 20 из которых составляли подростки. У пациентов с дебютом позвоночно-спинномозговой травмы в подростковом возрасте чаще встречаются деформация позвоночника, урологическая инфекция, при более позднем возрасте чаще встречаются заболевания сердца и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. При давности спинальной травмы менее трех лет чаще встречаются камни почек и мочевого пузыря, гетеротопическая оссификация, психологические дисфункции, а при давности более трех лет увеличивается доля внеурологической инфекции.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, осложнения, подростки.

SUMMARY

Cross-sectional study to identify the relationship between aging with the post-injury prevalence of secondary conditions among a sample of 42 participants with spinal cord injury, there are 20 adults. There was a significant greater odds of curvature of the spine, urological infection among participant cohorts were less than 18 at injury. The odds of heart and bowel problems were higher with a greater age at injury onset. There was a greater odds a kidney stone, heterotopic ossification, psychosocial problems who were less 3 years post-injury, nonurological infection who were more 3 years post-injury.

Key words: spinal cord injury, aging, adults.

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность в странах Европы позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) среди детского населения составляет 0,9–21,2 случая на 1 миллион в год в возрастной группе 0–14 лет [2]. Следует отметить преобладание детей мужского пола [5].

Наиболее частыми причинами являются дорожно-транспортные происшествия, спортивные травмы, травмы от применения насилия, хирургические осложнения [5]. Доля ПСМТ вследствие ДТП выше у подростков и детей в сравнении с взрослыми пациентами. Доля травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга составляет одну треть в возрасте младше 12 лет, около половины случаев в возрасте более 13 лет. Доля неполных повреждений спинного мозга с возрастом незначительно снижается [5].

Спинальный травматизм растет при увеличении доли опасных видов деятельности. Так, в возрасте 0–15 лет ПСМТ случается в 4,2%, в 16–30 лет – 56,4%, в 31–45 лет – 22,1%, в 46–60 лет – 10,3%, более 61 года – 7% [8].

Дефицит сенсорной и моторной функции всецело обусловлен ПСМТ, в то время как вторичные состояния и осложнения (контрактуры, пролежни, инфекция мочевыводящих путей и др.) связаны с ПСМТ косвенно и встречаются не у всех пациентов.

Инфекции, не связанные с мочевыводящими путями, костно-мышечными осложнениями (контрактуры, патологические переломы, деформации позвоночника) чаще встречаются при длительном течении травматической болезни спинного мозга (ТБСМ) (более 20–30 лет), а сердечно-сосудистые заболевания,

запоры чаще встречаются при позднем дебюте ПСМТ [6, 8]. Костно-мышечные осложнения (контрактуры, патологические переломы, деформации позвоночника) чаще встречаются при раннем дебюте ПСМТ, особенно ранее 13 лет [4].

В поздние сроки после ПСМТ наиболее часто встречаются костно-мышечные осложнения (контрактуры, патологические переломы, деформации позвоночника), инфекции мочевыводящих путей, камни почек и мочевого пузыря, пролежни, ожоги, автономная дизрефлексия [7, 10].

Пролежни имеют самую низкую встречаемость в первый год после ПСМТ – 15%, и постепенный рост в дальнейшем, так к 20 годам их встречаемость достигает 26%. Встречаемость инфекции мочевыводящих путей имеет такую же тенденцию – 62% в первый год, 95% – после 20 лет ТБСМ. Обратная тенденция наблюдается с тромбозом глубоких вен нижних конечностей – 12–20% в первый год после ПСМТ и 3% к 20 годам [8].

Детский и подростковый возраст получения ПСМТ увеличивает срок течения травматической болезни спинного мозга, приводит к росту количества поздних соматических осложнений, смертности и укорачивает продолжительность жизни [9].

Цель исследования — оценить влияние длительности течения, давности и возраста получения ПСМТ на развитие вторичных соматических осложнений при ТБСМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критериями включения пациентов в исследование являлись: травматический характер повреждения шейного отдела спинного мозга, давность не менее одного года после ПСМТ, возраст получения ПСМТ у части пациентов менее 18 лет. Пациенты находились на стационарном лечении в реабилитационном центре для инвалидов «Преодоление» в период с 2009 по 2010 год. Всего было опрошено и обследовано 42 пациента, из них 78% пациентов составляли мужчины, а 52% имели шейный уровень повреждения спинного мозга. Медиана возраста участников – 28 (19,0; 49,0) лет, медиана давности ПСМТ составила 4 (2,0; 6,0) года. Пациенты были разделены на две подгруппы в зависимости от времени получения ПСМТ – подгруппа «менее 18 лет» состояла из 20 пациентов, а подгруппа с дебютом ПСМТ в возрасте «старше 18 лет» – из 22

человек. В зависимости от давности получения ПСМТ – подгруппа с давностью ПСМТ «менее 3 лет» составила 18 и «более 3 лет» соответственно – 24 человека.

Использовался специализированный модифицированный вопросник [2], который заполнялся пациентом. В вопроснике опрашиваемый пациент указывал, какие осложнения имелись или имеются, с указанием времени их возникновения после ПСМТ и давности от настоящего времени. Не ставились вопросы о тяжести и частоте возникновения осложнений. Вопросник содержит вопросы по следующим разделам: сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия), урологическая инфекция (камни почек и мочевого пузыря, инфекция мочевыводящих путей), заболевания нижнего отдела желудочно-кишечного тракта (ректальное кровотечение, параректальный абсцесс, запор), кожные осложнения (пролежни, ожоги), скелетно-мышечные осложнения (деформации позвоночника, контрактуры, патологические переломы, гетеротопическая оссификация), психологические состояния (стресс, семейные конфликты), неврологические инфекции (пневмония).

После детального осмотра пациента врачами узких специальностей (невролог, хирург, травматолог, терапевт, хирург, уролог) и выполнения дополнительных методов обследования (УЗИ сердца, органов малого таза и брюшной полости, рентгенографии позвоночника и суставов), вопросник дополнялся. Отдельное обследование проводилось клиническим психологом, по итогам которого определялся уровень стресса и наличие внутрисемейных конфликтов.

Для математического анализа качественных признаков применялись методы непараметрической статистики: данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала в 25, 75 процентилей, категориальные переменные оценивали с помощью критерий χ^2 Пирсона, расчетам которого предшествовало построение матриц сопряженности признаков размером 2x2 с помощью программа Statistica версия 7,0 (фирма StatSoft Inc., США). Уровень значимости принятия нулевой гипотезы был принят $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе встречаемости поздних не неврологических осложнений травматической болезни спинного мозга определяется их неравномерное рас-

пределение среди пациентов. Пролежни встречаются в 47,6% случаев с преимущественной локализацией на крестце, области больших вертелов, седалищных буграх. Контрактуры коленных, локтевых и суставов кисти отмечаются в 16,7% наблюдений. Деформация позвоночника имела посттравматический, паралитический и идиопатический генез и встречалась у 19,0% пациентов. Патологические переломы костей нижних конечностей были в анамнезе у четырех пациентов (9,5%). Гетеротопические оссификаты имелись у 6 пациентов (14,3%), и все они располагались в области проксимального отдела бедренной кости, у двух пациентов они были двухсторонними. Инфекция мочевыводящих путей встречалась у подавляющего числа пациентов (85,7%). Камни почек и мочевого пузыря имелись у 4 пациентов (9,5%), причем трое из них перенесли их оперативное удаление с отсутствием рецидива. Заболевания нижних отделов желудочно-

кишечного тракта (ректальное кровотечение, пара-ректальный абсцесс, запор) имелись у 6 пациентов (14,3%). Причем, у 4 пациентов имелось несколько заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания были представлены ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и имелись у 16,7%. Неврологические инфекции (пневмония, др.) встречались у 26,2% пациентов. Психологические изменения оценивались с акцентом на выраженности посттравматического стрессового расстройства и напряженности внутрисемейных конфликтов, которые в целом имелись примерно у трети пациентов (33,3% и 28,6% соответственно) (см. табл. 1).

При анализе частоты встречаемости поздних осложнений в зависимости от давности течения ТБСМ определяется статистически значимое увеличение встречаемости таких осложнений как гетеротопическая оссификация ($\chi^2=4,68$), камни почек и моче-

Таблица 1

Характеристика поздних осложнений ТБСМ в зависимости от давности получения ПСМТ

Осложнения	Количество	да	нет	χ^2	P
Пролежни	20/42 (47,6%)	8 12	10 12	0,13	0,72
Контрактуры	7/42 (16,7%)	5 2	13 22	2,18	0,09
Деформации позвоночника	8/42 (19,0%)	2 6	16 18	1,29	0,26
Патологические переломы	4/42 (9,5%)	3 1	15 23	1,87	0,17
Гетеротопические оссификаты	6/42 (14,3%)	5 1	13 23	4,68	0,03
Инфекция МВП*	36/42 (85,7%)	16 20	2 4	0,26	0,61
Камни почек, мочевого пузыря	4/42 (9,5%)	4 0	14 24	5,89	0,02
Заболевания нижних отделов ЖКТ**	6/42 (14,3%)	2 4	16 20	0,26	0,61
Сердечно-сосудистые заболевания	7/42 (16,7%)	2 5	16 19	0,70	0,40
Неврологическая инфекция	11/42 (26,2%)	2 9	16 15	3,71	0,05
Посттравматическое стрессовое расстройство	14/42 (33,3%)	11 3	7 21	10,94	0,00
Внутрисемейные конфликты	12/42 (28,6%)	8 4	10 20	3,89	0,05

*МВП – мочевыводящие пути; ** ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

вого пузыря ($\chi^2=5,89$), посттравматический стресс ($\chi^2=10,94$), внутрисемейный конфликт ($\chi^2=3,89$) в подгруппе «менее 3 лет», и неврологическая инфекция ($\chi^2=3,71$) в подгруппе «более 3 лет» (см. табл. 1).

Следует отметить, что более частая встречаемость камней в почках и мочевом пузыре и гетеротопических оссификатов в подгруппе с давностью ТБСМ менее трех лет обусловлены, в первую очередь, патогенетическими механизмами их формирования в первый год ТБСМ. Более частая встречаемость неврологической инфекции в поздние сроки ТБСМ, вероятно, может объясняться наличием рестриктивных нарушений вентиляции [3], обусловленных дисфункцией собственно дыхательных мышц, а также нарушением иммунной реактивности организма [1].

При анализе частоты встречаемости поздних осложнений в зависимости от возраста получения ПСМТ (см. табл. 2) определяется статистически зна-

чимое увеличение встречаемости таких осложнений как инфекции мочевыводящих путей ($\chi^2=6,36$), деформации позвоночника ($\chi^2=6,30$) в подгруппе «менее 18 лет». В подгруппе «старше 18 лет» имеется статистически более частая встречаемость таких видов осложнений как сердечно-сосудистые заболевания ($\chi^2=3,74$), заболевания нижних отделов ЖКТ ($\chi^2=6,36$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Выполненное нами исследование имеет свои недостатки. При анализе материала нами учитывается малое количество сопряжений признаков, что, безусловно, маскирует механизмы возникновения ряда осложнений. Известно, что ряд осложнений имеет преимущественный дебют в первый год (гетеротопическая оссификация, камнеобразование в почках и мочевом пузыре, инфекционные осложнения, формирование контрактур суставов, вегетативная диз-

Таблица 2

Характеристика поздних осложнений ТБСМ в зависимости от возраста получения ПСМТ

Осложнения	да	нет	χ^2	P
Пролежни	10 10	10 12	0,09	0,77
Контрактуры	4 3	16 19	0,31	0,58
Деформации позвоночника	7 1	13 21	6,30	0,01
Патологические переломы	1 3	19 19	0,91	0,34
Гетеротопические оссификаты	3 3	17 19	0,02	0,90
Инфекция МВП*	20 16	0 6	6,36	0,01
Камни почек, мочевого пузыря	3 1	17 21	1,33	0,25
Заболевания нижних отделов ЖКТ**	0 6	20 16	6,36	0,01
Сердечно-сосудистые заболевания	1 6	19 16	3,74	0,05
Неврологическая инфекция	5 6	15 16	0,66	0,42
Посттравматическое стрессовое расстройство	8 6	12 16	0,76	0,38
Внутрисемейные конфликты	5 7	15 15	0,24	0,63

*МВП – мочевыводящие пути; ** ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

рефлексия), появление других можно ожидать лишь по прошествии 30 лет после ПСМТ (запоры, ортостатическая гипотензия, ишемическая болезнь сердца и др.). Следует отметить и относительно малое количество наблюдений. С другой стороны, ряд осложнений (нарушение функции тазовых органов, сексуальная дисфункция и др.) имеет нейрогенную природу, и их тяжесть и встречаемость напрямую зависят от тяжести повреждения сегментарно-проводниковой функции спинного мозга.

В отношении развития камней почек и мочевого пузыря было бы более правильным оценивать не только их формирование, но и их увеличение с течением времени. Последнее, зачастую, невозможно в связи с их оперативным удалением.

Имеет значение и возможность профилактики ряда состояний (пролежни и др.), что также влияет на их встречаемость. Профилактика ряда осложнений возможна и необходима для уменьшения их распространенности и тяжести. В частности, скелетно-мышечные осложнения подлежат профилактике за счет применения ортопедического режима, торако-люмбальных ортезов, рациональной лечебной гимнастики, правильной посадки в кресле-коляске, в результате ее индивидуального подбора.

ВЫВОДЫ

Получение ПСМТ в подростковом возрасте способствует большей встречаемости деформации позвоночника и инфекции мочевыводящих путей, а также препятствует развитию сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных осложнений.

Относительно ранние сроки ТБСМ сопровождаются увеличением доли психологических осложнений и специфических ранних осложнений (образование камней в почках и мочевом пузыре, гетеротопических оссификатов), в то время как с увеличением давности ТБСМ наблюдается рост встречаемости неврологической инфекции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Колгер И.И., Лившиц А.В., Гельфанд В.Б., Вуль С.М., Победина В.Г., Бенцианова Т.Г. Некоторые вопросы реактивности организма при травматическом поражении спинного мозга // Клиническая медицина. – М.: «Медицина», 1975. – № 9. – С. 55–58.
2. Augutis M, Abel R, Levi R. Pediatric spinal cord injury in a subset of European countries. *Spinal Cord*. 2006; № 2, – Vol. 44, – P.: 106–112.
3. Baydur A., Adkins R.H., Milic J. Lung mechanics in individuals with spinal cord injury: effects of injury level and posture. *J. Appl. Physiol*. 2001; № 2, – Vol. 90, – P.: 405–411.
4. Bergström E.M., Short D.J., Frankel H.L., Henderson N.J., Jones P.R. The effect of childhood spinal cord injury on skeletal development: a retrospective study. *Spinal Cord*. 1999, – № 12, – Vol. 37, – P.: 838–846.
5. DeVivo M.J., Vogel L.C. Epidemiology of spinal cord injury in children and adolescents. *J. Spinal Cord Med*. 2004; № 1, – Vol. 27, – P.: 4–10.
6. Krause J.S. Aging after spinal cord injury: an exploration study. *Spinal Cord* 2000; № 2, – Vol. 38, – P.: 77–83.
7. McKinley W.O., Jackson A.B., Cardenas D.D., DeVivo M.J. Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: a regional model systems analysis. *Arch. Phys. Med. Rehabil*. 1999; № 11, – Vol. 80, – P.: 1402–1410.
8. National Spinal Cord Injury Statistical Center (INCSIC). Annual Report. Birmingham, Ala: University of Alabama 1995.
9. Shavelle R.M., DeVivo M.J., Paculdo D.R., Vogel L.C., Strauss D.J. Long-term survival after childhood spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2007; Vol. 30, – P.: 48–54.
10. Whiteneck G.G., Charlifue S.W., Frankel H.L., Fraser M.H., Gardner B.P., Gerhart K.A., Krishnan K.R., Menter R.R., Nuseibeh I., Short D.J. et al. Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons spinal cord injured more than 20 years ago. *Paraplegia*. 1992; № 9, – Vol. 30, – P.: 617–630.

Для переписки:

Федор Анатольевич Бушков, к.м.н., заведующий отделением физической реабилитации, bushkovfedor@mail.ru

Сергей Юрьевич Плотников — заместитель главного врача по лечебной работе, врач-травматолог

Елена Алексеевна Скрыбина — врач-терапевт

Светлана Анатольевна Еганян — клинический психолог

Александр Петрович Шарандак — д.м.н., профессор, консультант, консультант-кардиолог

Роман Вячеславович Салюков — к.м.н., врач-уролог

Поступила 08.10.2010

КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЗЫ И ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

© Е.Т. Лильин, 2010

УДК 616.8-08-035

Л 578

Е.Т. Лильин, А.Р. Измайлова, Н.М. Полонская

ФГУ Российский реабилитационный центр «Детство» Минздравсоцразвития России

WALKING CORRECTION BY ROBOTIZED EQUIPMENT FOR KIDS WITH CEREBRAL PALSY

E.T. Lilin, A.R. Izmaylova, N.M. Polonskaya

FGU Russian Rehabilitation Center "Detstvo"

РЕЗЮМЕ

В данной статье отражен опыт применения роботизированной кинезотерапии у детей со спастическими формами детского церебрального паралича.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, кинезотерапия, ходьба.

SUMMARY

This article describes experience and methods of robotized equipment for kids with cerebral palsy walking correction.

Key words: cerebral palsy, robotized equipment, walking.

Детская инвалидность – одна из острейших медико-социальных проблем современного общества, имеющая государственное значение. В Российской Федерации в общей структуре инвалидности 8–10% составляют инвалиды с детства. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) 13% населения страдают нарушениями психического и физического развития. Ведущее место в детской инвалидности занимает детский церебральный паралич (ДЦП). Особое отношение к проблемам детского церебрального паралича объясняется тем, что этим заболеванием страдают 2,1–2,3% детского населения.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные, имеют разную степень выраженности. Недостаточное развитие цепных, установочных, выпрямительных и статокинетических рефлексов, обеспечивающих формирование вертикального положения тела у детей, больных детским церебральным параличом, приводит к задержке и нарушению формирования всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. К сожалению, в 3–4 года нам

приходится сталкиваться с выраженными нарушениями двигательных функций, с развитием как первичных, так



Фото. Занятие на тренажере «Pediatric Locomat»

и вторичных деформаций, обусловленных компенсаторными приспособлениями организма для сохранения устойчивого вертикального положения и ходьбы.

К счастью, современная наука не стоит на месте, что позволяет активно интегрировать её достижения в реабилитационный процесс, внедряя в клиническую практику специальные роботизированные устройства с широкими возможностями моделирования параметров тренировки и непрерывным компьютерным анализом и контролем двигательного участия пациента. Одним из таких устройств является роботизированный комплекс «Lokomat», разработанный в 2000 году швейцарской фирмой «Носома», в котором воплощены основные принципы современной теории двигательного обучения. Данная технология с успехом применяется в престижных клиниках по всему миру и открывает огромные возможности для двигательной реабилитации взрослых, а с 2005 года – и детей.

С января 2010 года в ФГУ РРЦ «Детство» начал свою работу «Pediatric Lokomat», который дает возможность применения комплекса для маленьких пациентов, с длиной бедра от 210 до 350 мм.

Цель исследования – изучение влияния занятий с использованием тренажера «Pediatric Locomat» на состояние мышечной системы и коррекцию двигательного стереотипа в комплексном восстановительном лечении больных детским церебральным параличом.

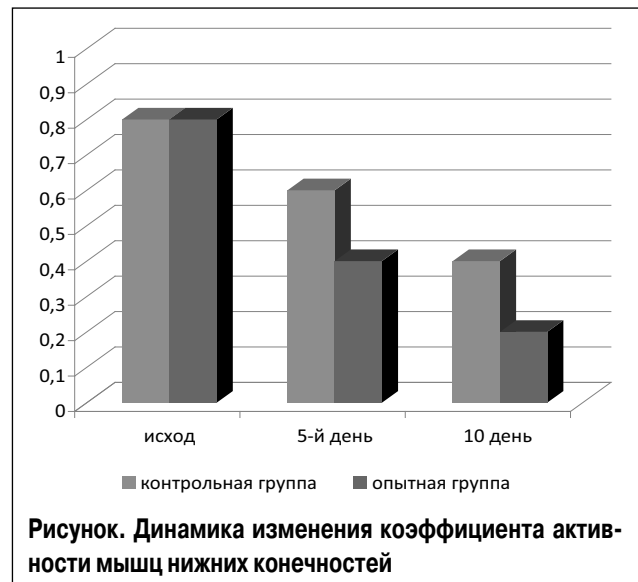
Под наблюдением находились 20 больных детским церебральным параличом (формы – спастическая диплегия, гемипаретическая форма с эквино-варусной или вальгусной деформацией стопы) в возрасте от 4 до 8 лет. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе дети проходили комплекс восстановительного лечения, включающий стандартную медикаментозную терапию, массаж, ЛФК, физиотерапевтические процедуры. Дети второй группы кроме вышеперечисленных процедур прошли курс занятий на «Pediatric Locomat», который состоял из 8–10 ежедневных процедур от 20 до 40 минут. По основным клиническим признакам (форма и тяжесть заболевания), а также по возрасту обе группы были сопоставимы. В связи с тем, что клинические проявления ДЦП крайне вариабельны, для каждого пациента составляется индивидуальная программа тренировок, учитывающая стадию заболевания, возраст ребенка и его психическое развитие.

Движения ног пациента осуществляются по заранее

заданной траектории с высокой повторяемостью паттерна ходьбы. Точная динамическая поддержка массы тела оптимизирует физиологическую тренировку ходьбы, что позволяет изменять интенсивность тренировки.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе при проведении повторного ЭМГ-обследования выявлено повышение биоэлектрической активности мышц-антагонистов и понижение биоэлектрической активности спастических мышц. В контрольной группе признаки восстановления реципрокного и синергичного взаимодействия между мышцами-антагонистами и синергистами были менее значимы. Положительная динамика у больных, занимавшихся на «Pediatric Locomat», по сравнению с контрольной группой, более выражена. Увеличился объём активных и пассивных движений. Снизился уровень спастичности в основной группе: значительно – у трех пациентов, умеренно – у шести, не изменился – у одного; в контрольной группе: значительно – у одного пациента, умеренно – у пяти, не изменился – у четырех пациентов.



ВЫВОДЫ

1. Роботизированная система «Pediatric Locomat» значительно увеличивает эффективность комплексной реабилитации.
2. Позволяет реализовать весь двигательный потенциал больного ребёнка.
3. Совмещает в себе основные стратегии современной клинической реабилитологии: легко интегрируется в лечебный процесс, предусматривает активное участие ребёнка, вызывает мощный психоэмоциональный всплеск,

повышает мотивацию ребёнка к самостоятельной ходьбе.

4. Для получения объективной положительной динамики длительность курса тренировок должна быть не менее 15.

5. Благодаря биологической обратной связи формируется стереотип ходьбы, ритм шага.

6. Данный метод реабилитации является перспективным, требует дальнейшего изучения и внедрения в медицинскую практику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М.: Медицина, 2000. – С. 322–329.

2. Бадалян Л.О., Скворцов И.А. Клиническая электронейромиография (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1986. – С. 339–349.
3. Козьякин В.И., Качмар О.О. Методы оценки эффективности медицинской реабилитации в системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации // Украинский медицинский вестник. – 2003 – № 3 (35) – С. 61–66.
4. Для подготовки данной статьи использованы материалы с сайта <http://www.newdoctor.ru>
5. Unified Medical Language System (UMLS) (Электронный ресурс) Способ доступа URL: <http://www.umlsinfo.nlm.nih.gov>, был доступен: май 2009.

Поступила 14.10.2010

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СОЦИАЛИЗАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДАУНА

© В.О. Цветков, 2010
УДК 159.92.32
Ц 274

В.О. Цветков, Н.А. Новолодская, Н.В. Суравешкина, Л.В. Сулейманова
Муниципальное учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» города Ачинска Красноярского края

FEDERATED METHOD OF APPROACHING TO SOCIALIZATION OF FAMILIES WITH KIDS WITH DOWN'S SYNDROME

V.O. Tsvetkov, N.A. Novolodskaya, N.V. Suraveshkina, L.V. Suleymanova
Rehabilitation center for disabled kids, Achinsk, Krasnodarskiy kray

РЕЗЮМЕ

Десятилетний опыт работы в центре показал, что дети с синдромом Дауна без специальной своевременной подготовки не могут посещать детский сад и школу, а их семья живет в условиях хронической психотравмирующей ситуации. В процессе поисков новых путей повышения эффективности развития особенных детей, группой специалистов Центра на основе современных исследований и собственного опыта разработана программа «Интегрированный подход к социализации семей с детьми с синдромом Дауна».

Цель программы – нормализация жизнедеятельности детей и подростков с синдромом Дауна, развитие их социальной самодостаточности, возможности самостоятельной жизни и интеграции в общество посредством нетрадиционных педагогических методик, средств искусства и принципа интегрированного обучения, при обязательном психологическом сопровождении.

Ключевые слова: синдром Дауна, адаптация, интеграция, Монтессори-педагогика, реабилитация средствами искусства, психологическое сопровождение.

SUMMARY

This article describes a federated method of socialization of families with Down's syndrome kids. This method could help Down's syndrome kids to study at common nursery school and elementary school and to develop their self-sufficiency in life.

The goal of this method is normalization of kids with Down's syndrome life, development of their self-sufficiency and social integration.

Key words: Down's syndrome, adaptation, integration, Montessori method, art therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Ачинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями организован в ноябре 1997 года. Основной целью деятельности Центра является оказание детям и подросткам, имеющим отклонения в физическом или умственном развитии, квалифицированной социально-медицинской, социально-педагогической, психологической помощи, обеспечение их максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.

Более десяти лет творческий коллектив учреждения успешно занимается реабилитацией детей-инвалидов от рождения до восемнадцати лет. Инициативная группа Центра на основе современных исследований и собственного опыта разработала программу «Интегрированный подход к социализации семей с детьми с синдромом Дауна» с использованием нетрадиционных педагогических методик, средств искусства и принципа интегрированного обучения, при обязательном психологическом сопровождении. Разработчиками программы являются: музыкальный руководитель Н.В. Суравешкина, Монтессори-педагог Л.В. Сулейманова, медицинский психолог Т.А. Журавлёва, инструктор по труду Е.А. Петрова.

В 2009 году в городе Красноярске проходил краевой конкурс методических разработок «Ребёнок. Семья. Общество», где данная программа заняла I место в номинации «Современные технологии социальной реабилитации и социальной адаптации семей с детьми-инвалидами».

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Целью программы является нормализация жизнедеятельности детей и подростков с синдромом Дауна, развитие их социальной самодостаточности, возможности самостоятельной жизни и интеграции в общество. Специалисты, работающие с особенными детьми, придерживаются следующих методических принципов:

1. Искренний интерес к ребенку и его внутреннему миру, безусловное принятие ребенка таким, какой он есть.
2. Создание у ребенка чувства комфорта и безопасности, возможности исследования себя и окружающего мира, свободного выражения своих чувств.

3. Постепенность коррекционно-развивающего процесса, следование темпу, задаваемому ребенком.
4. Обучение только на основе наглядности и практической деятельности с реальными предметами.
5. Развитие коммуникативных процессов, способов включения во взаимодействие со сверстниками и взрослыми.
6. Принцип интегрированного обучения.
7. Принцип постепенного расширения социальных связей.

Заложенный в программу принцип интегрированного обучения детей с синдромом Дауна вытекает из необходимости более разностороннего изучения ими предметов окружающего мира, привлечения для этого различных анализаторов и включения изучаемых объектов во многие виды деятельности. Следуя этому принципу, необходимо расширять ограниченный опыт ребенка с синдромом Дауна, развивать его восприятие, умение устанавливать связи между предметами и явлениями действительности. Такое обучение предполагает совмещение разнообразных средств, методов и форм эстетического развития по одной изучаемой теме на занятии. А принцип постепенного расширения социальных связей позволяет обеспечить безболезненное вхождение ребенка в социум и затем эффективное развитие коммуникативных процессов.

Первым этапом работы по нашей программе является психологическая помощь семье, в которой родился ребенок с синдромом Дауна. Начинается она с прихода психолога. Посещение семьи именно этим специалистом с самого начала необходимо потому, что первое время после установления статуса инвалидности или постановки диагноза – это наиболее сложный период в жизни семьи. Приход психолога в семью – очень важная эмоциональная поддержка. Чувство вины перед ребенком, стыд, гнев, неотрагированные и тщательно скрываемые родителями эмоциональные реакции, искажают реальное восприятие ситуации, в которой они находятся, не дают возможности выстраивать необходимую стратегию поведения и воспитания ребенка. Наибольшее внимание здесь уделяется психологическому состоянию родителей, изучению психологического климата в семье, формированию оптимальных способов взаимодействия членов семьи с особым ребенком. В дальнейшем это помогает избежать психической депривации у малыша и способствовать нормальному ходу его развития.

Необходимо помнить, что диагноз «синдром Дауна» накладывает отпечаток не только на ребенка, но и на всех членов его семьи. Понимание того, что процесс развития и специального обучения будет длительным, приходит не сразу. Осознание этого факта – сильнейший стресс для родителей, что нередко проявляется в изоляции семьи от общества. Оказание психологической помощи в данной ситуации проводится в виде консультирования (индивидуального, семейного), первоначально преимущественно на дому. Кроме этого, дается информация об особенностях развития ребенка, что помогает родителям быть подготовленными к возможным кризисам, трудностям в развитии, и предлагается программа для занятий дома «Маленькие ступеньки». Связь с семьей поддерживается до момента прихода ребенка в Центр.

На следующем этапе происходит адаптация ребёнка в центре реабилитации в коллективе взрослых и детей. Эта важная задача решается воспитателями и специалистами по социальной работе в группах отделения дневного пребывания. В отделении функционируют четыре группы на 51 койко-место, в которых дети находятся с 8 до 17 часов. Щадящий режим дня, полноценное четырехразовое питание, проведение коррекционно-развивающих занятий с использованием современного дидактического оборудования способствуют эффективному развитию детей-инвалидов.

Из опыта работы с «даунятами» мы знаем, что они очень сложно и долго адаптируются в коллективе, боятся незнакомых звуков, ни с кем не разговаривают и не вступают в контакт, не реагируют на игрушки, плохо владеют навыками самообслуживания. До прихода в Центр, как правило, не посещают никакие детские учреждения, в большинстве случаев взаимодействуют только с близкими родственниками или одной мамой.

Открытие доверия к миру – это один из стержневых моментов на данном этапе, суть которого заключается в формировании у ребенка-инвалида жизненной уверенности в том, что его понимают, принимают и поддерживают. Нужно, чтобы он ощутил свою принадлежность к миру и радовался жизни. Поэтому воспитатель сначала устанавливает теплый эмоциональный контакт с ребенком и создает атмосферу доверия. Для этого на индивидуальных и групповых занятиях применяет методы куклотерапии и игротерапии, проводит специальные игры: «Ласковое имя», «Здравствуй, я – котик!», «Покажу

как я люблю», «Танец мира» и т.д. Для создания личного пространства и формирования чувства защищенности в группах есть мягкое модульное оборудование, детская мебель.

Психолог наблюдает за деятельностью ребенка в группе, для того чтобы объективно оценить возможности и определить зону ближайшего развития, помочь воспитателю преодолеть трудности, оказывающие значительное влияние на процесс обучения и взаимодействия ребенка с членами коллектива.

Постепенно ребенок привыкает к окружающей его обстановке. Этап адаптации является подготовкой к началу занятий в Монтессори-кабинете.

Монтессори-педагог работает в команде с воспитателем, специалистом по социальной работе, врачом-психиатром. На занятиях присутствуют и наблюдают за ребенком психолог, музыкальный педагог. В Монтессори-кабинете создана материальная, социальная и психологическая среда, облегчающая ребенку возможности раскрытия собственного потенциала, приспособления к окружающему его вещественному и социальному миру и помогающая ему свободно действовать, познавая эту среду, а через нее и окружающий мир. Содержание образовательной среды помогает ребенку упорядочить и систематизировать свои знания и представления, удовлетворить потребность познания.

Чтобы мир не казался ребенку неизвестным и пугающим, педагог развивает сенсорику: слуховое, зрительное, вкусовое, тактильное восприятие, обоняние.

В результате посещения группы, занятий с Монтессори-педагогом, ребенок начинает взаимодействовать с окружающими, что дает возможность провести психологическую диагностику и начать коррекционно-развивающие занятия с другими специалистами.

Задача психолога состоит в том, чтобы раскрыть перед ребенком богатство чувств и переживаний, направить их в нужное русло, научить правильно выражать и использовать как новую возможность коммуникации: «если у меня радость, я поделюсь ею с другими, если горе – нужно, чтобы меня утешили». Такие дети часто не могут снять свое психоэмоциональное напряжение сами, оно накапливается, и результатом становится агрессивность, состояние аффекта, активные, навязчивые движения. На занятиях ребенка учат перерабатывать агрессивные импульсы в свободную целенаправленную деятельность, которая приносит радость и

удовольствие. Для этого используются такие методы как сенсорная терапия, рисуночная терапия, пластилиновая терапия, куклотерапия, дидактические игры.

Задача музыкального педагога – формирование интереса к активной музыкальной деятельности, развитие эмоциональной сферы, потребности в самопрезентации и реализации своих способностей, участие в культурной деятельности в микро- и макросреде. Музыка предназначена не только для талантливых. Вся наша жизнь пронизана музыкой: мы напеваем, притопываем и прихлопываем. Пение и музыка являются неотъемлемой частью процесса обучения каждого и особенно важны при обучении детей с синдромом Дауна.

Занятия с Монтессори-педагогом и взаимодействие в группе детей создают для «даунят» обстановку эмоционального комфорта и доверия, что позволяет начать посещать групповые музыкальные занятия без риска напугать ребенка громким звучанием или шумными играми. Сначала дети наблюдают за музыкальной деятельностью других ребят, затем педагог постепенно вовлекает их в коллективные музыкально-ритмические игры, где активно используются жесты в качестве временной замены устной речи. Игры и хороводы дают детям возможность подвигаться под музыкальное сопровождение и пение педагогов, что способствует коррекции трудностей во взаимодействии с взрослыми и сверстниками. В игре всегда присутствует элемент сюрприза, шутки, забавы.

Предлагая для слушания музыку различного характера и настроения, музыкальный педагог помогает детям снять эмоциональное и мышечное напряжение. Для лучшего восприятия к каждому музыкальному произведению подбирается наглядный материал (иллюстрации, игрушки), стихи, потешки, загадки. Обучению пению уделяется особое внимание, так как собственное исполнение доставляет детям большое удовольствие. Предлагаемые песни для детского исполнения доступны по содержанию, мелодически ярко окрашены. Повышает самооценку и приводит к снижению тревожности у «даунят» активное музицирование на детских шумовых инструментах и участие в театрализованно-игровой деятельности. Со временем все дети начинают активно участвовать в музыкальных занятиях, их впечатления становятся намного ярче благодаря использованию разнообразных форм и видов музыкальной деятельности. Участие в праздниках и утренниках объединяет

взрослых и детей общим эмоциональным настроем, помогает «даунятам» закреплять навыки общения и музыкально-художественной деятельности. Вся творческая деятельность является важным элементом развития.

Для ребенка важен не результат, он получает удовольствие от самого процесса, вот почему этот процесс для него так терапевтичен. Занятия трудотерапией способствуют развитию сенсорики (чувство цвета, формы), формированию высших психических функций: внимания, воображения, мышления, стимулируют развитие речи, дифференцируют движения рук, нормализуют взаимодействие речи и движения. Особое влияние занятия по ручному труду оказывают на умение планировать предстоящую работу, выделять этапы, устанавливать последовательность действий.

Через коррекционно-направленную систему художественного развития детей с проблемами в развитии происходит расширение социального опыта ребенка, коррекция эмоционально-волевой сферы, психической деятельности, активизируются потенциальные возможности, творческие проявления. Он получает новые позитивные переживания и постепенно, в процессе практической работы, овладевает специфическими ручными действиями с различными материалами и инструментами. С учетом особенностей строения кистей ребенка с синдромом Дауна, на пропедевтическом этапе занятий по изодеятельности и ручному труду проводятся тренировочные упражнения для развития мелкой моторики пальцев, самомассаж рук, задания на координацию движений пальцев и укрепление мышц руки. Для этого используются различные виды художественно-ручного труда (работа с глиной и пластилином, бумагой, тканью и нитками).

Циклы комплексных (интегрированных) занятий проводят: музыкальный педагог, трудотерапевт и психолог. Такие занятия способствуют проявлению у детей интереса к различным видам творческой деятельности.

На интегрированных занятиях осуществляется связь различных видов искусства: живописи, хореографии, музыки, литературы, театрального искусства. Каждый вид искусства пользуется своим оригинальным языком, выразительными особенностями для воплощения и передачи сведений об окружающем мире, различных настроениях, переживаниях человека. Темы занятий берутся из окружающей жизни или связываются с фольклором, сказками, театром. Например: «Герои любимых

сказок», «Двенадцать месяцев», «Звери-музыканты», «Осенний дождь».

Психолог наблюдает за деятельностью детей на занятии, анализирует реакции на предлагаемую деятельность, дает рекомендации специалистам. Для отслеживания результатов коррекционно-развивающей работы детей с синдромом Дауна специалисты Центра проводят повторную диагностику развития личности и устанавливают тесный контакт с психологами и педагогами коррекционно-образовательных учреждений, где дети продолжают развиваться и обучаться.

С целью медико-психолого-педагогической, методической и информационной поддержки семей с детьми-инвалидами в Центре проводится Школа для родителей.

Темы заседаний Школы имеют теоретическую и практическую направленность, могут планироваться по запросу родителей. Сначала обсуждается проблема, затем вместе с родителями и детьми выполняются упражнения с развивающим материалом, после этого даются рекомендации по организации домашних занятий. Отдельно организуются встречи по обмену опытом между родителями. Кроме того, проводится работа с родителями по формированию благоприятного психологического климата в семье. Посещая психолога и психотерапевта Центра они получают необходимые рекомендации как снять стресс, часто формирующийся у родителей проблемных детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Следуя данной программе, процесс обучения и развития детей с синдромом Дауна разбивается на маленькие ступеньки, в результате они учатся так же, как и все остальные дети, только медленнее. С каждым ребенком работа начинается с индивидуальных занятий с последующим введением его в группу.

По данным психологических обследований у всех детей постепенно снижается уровень тревожности и защитной агрессии, формируются адекватные реакции на окружающий мир, отмечается слабовыраженная, но стойкая положительная динамика в формировании психических процессов. В результате коррекционно-развивающей работы по формированию потребности в коммуникациях, у детей появился собственный круг общения, помимо ближайшего окружения (семьи).

Руководствуясь методическими принципами программы, педагоги и психологи нашего Центра

в 2010 году подготовили одного ребенка к поступлению в детский сад – девочка спокойно вошла в коллектив незнакомых детей и взрослых – и двух детей к обучению в школе, в данное время они перешли во второй класс коррекционной общеобразовательной школы-интерната VIII вида.

Наши «даунята» принимают активное участие в праздниках и развлечениях в Центре вместе с другими детьми, демонстрируя приобретенные на занятиях навыки и умения. Они не боятся публичных выступлений, с удовольствием читают стихи, играют на детских шумовых инструментах, исполняют песни как солисты и в составе вокальной группы, приняли участие в городском фестивале художественного творчества людей с ограниченными возможностями в номинации «вокал», уверенно выйдя на сцену городского Дворца культуры.

ВЫВОД

Динамичное продвижение современного общества вперед постепенно меняет отношение к людям с нарушениями в развитии как к полноправным членам общества, имеющим потенциальные способности, знания, умения и навыки, которые могут быть использованы обществом в его прогрессивном развитии.

Даже такая аномалия как синдром Дауна, может быть социально скорректирована при правильном подходе к работе с ней.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Зигфрид М. Пушел. Человек с синдромом Дауна. – М.: Ассоциация Даун Синдром, 1998. – С. 16.
2. Мойра Питерси и Робин Трилор. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. – 2001. – С. 64.
3. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб: Речь, 2006. – С. 224.
4. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребёнка. – СПб: Речь, 2006.
5. Худенко Е.Д., Поташова И.И., Кальянов И.В., Луданова Ю.Н., Любимова М.Н. Современные технологии оказания консультативной помощи родителям, воспитывающим ребёнка-инвалида. – М.: 2008. – С. 118.
6. Монтессори М. Помоги мне сделать это самому. – М.: Издат. дом «Карапуз», 2000. – С. 272.
7. Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е., Первушина И.М. Маленькие игры в большое счастье. – М.: Апрель Пресс, Изд-во

ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 224.

8. Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – С. 248.
9. Медведева Е.А., Комиссарова Л.Н., Шашкина Г.Р., Сергеева О.Л. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – С. 224.
10. Миллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – С. 208.

Сведения об авторах

Виталий Олегович Цветков, директор, врач – мануальный терапевт;

Наталья Андреевна Новолодская, заместитель директора по социальным вопросам, логопед;

Наталья Владимировна Суравешкина, заведующая отделением психолого-педагогической помощи, музыкальный руководитель;

Любовь Викторовна Сулейманова, заведующая отделением дневного пребывания, Монтессори-педагог.

Поступила 04.10.2010

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ «ИСКОРКА»

© Ю.С. Малкова, 2010
УДК 316.616
М 194

Ю.С. Малкова, Т.В. Ларионова
Государственное учреждение здравоохранения
«Кемеровский детский психоневрологический санаторий «Искорка»

THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SPEECH DISORDERS IN PSYCHONEUROLOGICAL SANATORIUM «ISKORKA»

Yu.S. Malkova, T.V. Larionova
State Health Care Institution "Kemerovo Children's Psychoneurological Sanatorium «Iskorka»

РЕЗЮМЕ

Детский психоневрологический санаторий – важное звено в цепи таких учреждений как поликлиника, дневной стационар, стационар, реабилитационный центр. Эффективность санаторного лечения детей, страдающих ДЦП, зависит не только от медицинской помощи, но и от психолого-педагогической и логопедической реабилитации.

Ключевые слова: ДЦП, эффективность, дети, психолого-педагогическая – логопедическая реабилитация.

SUMMARY

Children's psychoneurological sanatorium is an important part of the system of such institutions as a polyclinic, a pediatric day care facility, a hospital, and a rehabilitation centre. The effectiveness of the sanatorium treatment of children with Infantile Cerebral Palsy (ICP) depends not only on medical aid, but also on psychological, pedagogical as well as logopedic rehabilitation.

Key words: ICP, effectiveness, children, psychological, pedagogical, and logopedic rehabilitation.

Речевые расстройства наблюдаются у 70–80% детей с ДЦП. Самые тяжелые нарушения речи наблюдаются при распространенных поражениях головного мозга с вовлечением в патологический процесс коры и подкорковых стволовых структур.

В большей степени речевые расстройства обусловлены малой занятостью больных детей предметно-практической деятельностью, сравнительно малым

жизненным опытом и общением с ограниченным кругом лиц. В наиболее важные периоды развития речи ребенок находится в лечебных учреждениях. Если в них не уделяют достаточно внимания педагогической работе, речевое развитие продолжает отставать от нормы, отрицательно сказываются на развитии речи и реактивные состояния, иногда возникающие у больных детей в связи с изменением привычного образа жизни.

Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают ошибки воспитания. Если ребенок гиперопекаем, выполняют все его желания в ответ на жест или взгляд, потребность в речевой деятельности угасает. В таких случаях ребенок лишен речевого общения. Жизненный опыт ребенка с ДЦП крайне беден, без помощи взрослого он не может осмыслить то, что воспринимают его органы чувств. Словесное обозначение предметов закрепляется с трудом из-за слабости ощущения «двигательного образа слова» органами движений рук, а также АШТ-рефлекса (асимметричный шейно-тонический рефлекс) одновременное функционирование зрения и осязания затруднено, связи между зрительным и двигательным-кинестетическим анализатором не образуются.

Фонетико-фонематические нарушения, замедляющие общий темп речевого развития, усиливают специфические трудности развития у ребенка целостного представления о предмете, что способствует недоразвитию лексико-семантической системы языка. При нормальном развитии речи все ее стороны – фонетическая, лексическая и грамматическая – внутренне взаимосвязаны. У детей с ДЦП в результате нарушений функции артикуляционного аппарата недоразвита, прежде всего, фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков.

Таким образом, для детей с ДЦП характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений – задержек речевого развития, так и более стойких системных расстройств – общего недоразвития речи. Наиболее часто встречающиеся речевые расстройства при ДЦП в ГУЗ КДПНС «Искорка»: дизартрия, алалия, дислексия, дисграфия, невротические и неврозоподобные расстройства по типу мутизма и заикания.

Изучение речевых особенностей методом обследования позволяет дифференцированно подходить к коррекционной работе с больными ДЦП. Мы дополнили существующие методики Л.В. Лопатиной [4], Т.Б. Филичевой [6], Г.В. Чиркиной [8] по логопедическому обследованию и обучению детей с нарушениями речи ДЦП, но отдаем предпочтение инновационным направлениям в коррекционной работе при стертой форме дизартрии Е.Ф. Архиповой [10], которая разработала программу логопедической работы в комплексной системе преодоления дизартрии и авторскую методику автоматизации звуков с использованием тактильно-кинестетической стимуляции.

Учитывая в структуре личности большинства больных с ДЦП наличие стойких нарушений эмоционально-волевой сферы, мы используем индивидуальные и групповые методы коррекции. Это упражнения по релаксации и логоритмике. Занятие проводится поэтапно. Индивидуальное занятие длится около получаса, в течение которого работа направлена на развитие и активизацию речевого аппарата, речевого дыхания, общей мелкой моторики и развитие фонематических процессов. Групповые занятия длятся до часа, они направлены на устранение неадекватных поведенческих реакций, повышение речевой активности больных с ДЦП. Упражнения проводятся в форме игр, диалогов, тренингов.

Опыт работы показал, что разработанные нами методики смягчают эмоциональный дискомфорт и повышают речевой тонус детей с ДЦП.

В течение года около 150 детей с ДЦП в санатории получают комплексное лечение, одно из основных направлений в котором – лечение речевых расстройств. 80% всех детей с ДЦП нуждаются в помощи логопеда. В комплекс лечения речевой патологии входят занятия с логопедом, закрепление полученного на занятии с педагогами в группе, физиолечение на область артикуляционного аппарата, массаж артикуляционных мышц, медикаментозная терапия, артикуляционная гимнастика. Курс лечения – от 2 до 4 месяцев.

В последние годы введены новые формы реабилитации: игротерапия, сказкотерапия, арттерапия и др. Введены во все отделения должности психологов, педагогов дополнительного образования. Все эти методы в сочетании с комплексной медикаментозной и физиотерапией позволили улучшить показатели эффективности лечения детей с речевой патологией: в 96% регистрируется улучшение, в т.ч. в 43% случаев – значительное улучшение, а это значит, что увеличивается активный словарь, уменьшаются проблемы построения фраз, окончаний, согласований слов, улучшается связанная и фразовая речь. Снижение речевых нарушений способствует адаптации ребенка к окружающему миру, снижению степени инвалидизации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Велкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М., 2003.
2. Левченко И.Ю., Приходько О.П. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2001.

3. Орлова О.С. Нарушение голоса у детей. – М., 2005.
4. Лопатина Л.В. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой формой дизартрии: Автореф. дисс... канд. пед. наук. – Л., 1989.
5. Смирнова И.А. Логопедическая работа с дошкольниками при дизартрии. – М., 2003.
6. Филичева Т.Б. Методическое руководство к дидактическому материалу по исправлению недостатков речи у детей дошкольного возраста / Т.Б. Филичева, Г.А. Каше. – М.: Просвещение, 1990. – 30 с.
7. Федосова О.Ю., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. – М., 1959.
8. Чиркина Г.В. Обследование понимания речи. Обследование звуковой стороны речи // Методы обследования нарушений речи у детей. – М., 1982.
9. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб; М., 2001.
10. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии. – М.: АСТ: Астрель, 2010.

Сведения об авторах:

Юлия Сергеевна Малкова – старший логопед ГУЗ КДПНС «Искорка»

Татьяна Владимировна Ларионова – заместитель главного врача по педагогической работе ГУЗ КДПНС «Искорка»

e-mail: iskorka-cta@mail.ru

Поступила 15.10.2010

ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ И ГЛУБОКОГО СТРЕТЧИНГА НА РАЗВИТИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

© В.П. Карташов, 2010
УДК 616.8-08-035
К 27

В.П. Карташов, Е.Ю. Серегина
Реабилитационный центр «Солнечный луч», Москва

HYPPOTHERAPY AND STRETCHING FOR KIDS WITH CEREBRAL PALSY REHABILITATION

V.P. Kartashov, E.Yu. Seregina
Rehabilitation center "Solnechy luch", Moscow

РЕЗЮМЕ

Статья освещает результаты комплексного применения иппотерапии и стретчинга в лечении спастической формы ДЦП.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, физическая реабилитация.

SUMMARY

This article reports about hyppotherapy and stretching in rehabilitation of kids with cerebral palsy.

Key words: cerebral palsy, physical rehabilitation, hyppotherapy, stretching.

Основной задачей исследования явилось разработать структуру и содержание методики физической реабилитации детей 3–7 лет после перенесенного ДЦП средствами иппотерапии и глубокого стретчинга, а также выявить эффективность разработанной методики на основе результатов оценки динамики развития физических способностей.

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа инвалидов, страдающих детским церебральным параличом. По данным ВОЗ в 1962 г.

зарегистрировано 0,4 случая на 1 000 детей, в 1982 г. эта цифра увеличилась до 5,6; а в 1992 г. – 9 случаев на 1 000 детей. С начала 2000 г. по настоящее время регистрируется от 13 до 15 случаев ДЦП на 1 000 новорожденных.

Клиническая картина ДЦП многообразна, но основным проявлением заболевания являются расстройства двигательной сферы, такие как нарушения мышечного тонуса, патологическая активность позо-тонических рефлексов, гиперкинетический синдром, патологиче-

ские синергии, патологические синкинезии, паратонии, нарушения сухожильных и надкостничных рефлексов.

В комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом физическая реабилитация занимает одно из ведущих мест, поскольку является естественным биологическим методом терапии. Современная реабилитология в качестве средства физической реабилитации активно использует иппотерапию и стретчинг [2; 9].

Иппотерапия – это нейрофизиологически ориентированная терапия с использованием лошадей. Уникальность иппотерапии объясняется тем, что благодаря воздействию ритмически упорядоченной моторной и сенсорной нагрузки на ребёнка, при его тесном контакте с лошадью, достигается стабильно выраженный эффект терапии.

Многообразие трехмерных биомеханических воздействий в сочетании с эмоциональным эффектом,

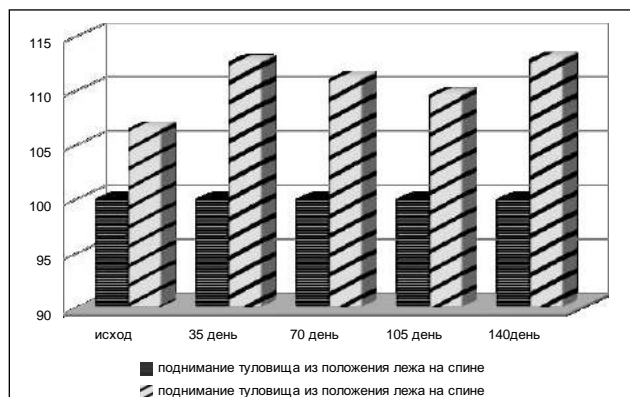


Рис. 1. Динамика изменения силы мышц пресса на протяжении проводимого эксперимента. По оси абсцисс – дни наблюдения; по оси ординат – результат изменения показателя силы мышц пресса по отношению к контролю, принятому за 100

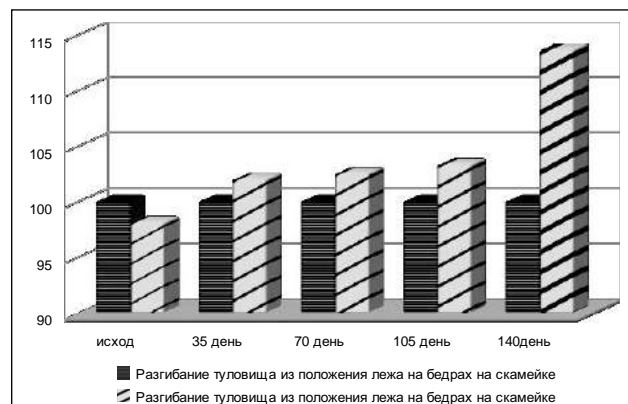


Рис. 2. Динамика изменения силы мышц спины на протяжении проводимого эксперимента. По оси абсцисс – дни наблюдения; по оси ординат – результат изменения показателей силы мышц спины по отношению к контролю, принятому за 100

Структура и содержание разработанной методики

№ занятия	Средства	Целевая направленность	Примечание
1–10 занятия. Вводный этап	Езда на лошади в положении пассивной укладки и нейрофизиологической посадки	Предварительное расслабление и растягивание спастических мышц за счет воздействия колебаний мышц спины лошади и стретчинга	Необходимо общение с реабилитантом, в процессе которого происходит снижение напряжения и как следствие снижение патологического мышечного тонуса
11–30 занятия. Основной этап	Комплекс физических упражнений, включающий в себя пассивно-статический стретчинг и упражнения, выполняемые на лошади в онтогенетической последовательности. Воздействие трехмерных колебаний спины лошади нормализует патологический тонус мышц, снижает активность тонических рефлексов	Тренировка силовой выносливости мышечного корсета с целью развития способности вертикализации тела. Формирование правильного двигательного стереотипа, тренировка «пассивной ходьбы». Снижение патологически распределенного мышечного тонуса. Развитие мелкой моторики рук	Включаются элементы самостоятельного управления лошадью, используется для развития мелкой моторики
31–40 занятия. Завершающий этап	Езда верхом в положении нейрофизиологической посадки, общение с реабилитантом, кормление лошади	Закрепление навыка пассивной ходьбы, нормального распределения мышечного тонуса, способности вертикализации, поддержание позитивного впечатления от пройденного занятия	Необходимо доверительное общения с иппотерапевтом, обсуждение впечатлений, целеполагание на дальнейший курс

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

получаемых при занятиях иппотерапией, невозможно достичь при других средствах адаптивной физической культуры.

Стретчинг – это комплекс упражнений (от англ. «stretching» – растягивание) и поз для растягивания определенных мышц, связок и сухожилий туловища и конечностей. Главным эффектом стретчинга является расслабление. Стретчинг снижает интенсивность болевых ощущений или даже ликвидирует мышечные боли. Улучшая гибкость, позволяет выполнять движения с большей амплитудой, улучшает осанку, координацию (пластичность, грациозность), позволяет избежать излишней рельефности мышц, способствует ощущению психологического комфорта.

Цель исследования – оценить результаты комплексного применения стретчинга и иппотерапии в программе реабилитации детей младшего и дошкольного возраста (от 3 до 7 лет), больных ДЦП (форма – спастическая диплегия).

Исследование проводилось на базе реабилитационного центра «Солнечный луч» и ДЮСШ по конному спорту «СОКОРОС», под наблюдением находились 30 детей. В первой группе дети проходили комплекс восстановительного лечения, включающий стандартную медикаментозную терапию, массаж, ЛФК, физиотерапевтические процедуры. Дети экспериментальной группы кроме вышеперечисленных процедур прошли курс иппотерапии в сочетании со стретчингом, который состоял из 40 процедур от 25 до 40 минут каждая в течение полугода. По основным клиническим признакам (форма и тяжесть заболевания), а также по возрасту, обе группы были сопоставимы.

Для оценки общего физического развития были проведены тесты на определение силы мышц пресса

и спины, измерены антропометрические показатели, такие как длина тела, масса тела, окружность бедра и плеча. Оценка в динамике проводилась после 10-го, 20-го, 30-го и 40-го занятий. В структуру и содержание разработанной методики входило:

40 занятий иппотерапией со стретчингом:

- вводный этап – 1–10 занятия;
- основной этап – 11–30 занятия;
- завершающий этап – 31–40 занятия.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗА ПЕРИОД ИССЛЕДОВАНИЯ

1. В экспериментальной группе произошло достоверное увеличение следующих показателей: силы мышц брюшного пресса на 28%, силы мышц спины на 40,5%, показателя окружности плеча – на 16,5%. Динамика изменений двигательных функций выявила увеличение следующих показателей: прыжки на правой ноге – 55%, прыжки на левой ноге – 46,7%, прыжки на двух ногах – 64%, равновесие на левой ноге – 49%. Показатели равновесия на правой ноге практически не изменились.

2. В контрольной группе изменения были незначительными и не выявили достоверных изменений.

Полученные результаты дали возможность утверждать, что разработанная методика позволила получить факты позитивной динамики физического развития детей с ДЦП. Она характеризовалась увеличением антропометрических показателей (длина и масса тела, окружность бедра и плеча), улучшением физических способностей (силовой выносливости мышц спины и живота, прыжков на левой, правой и двух ногах, равновесия на правой и левой ноге), а так же общим развитием ребенка.

Исследование подтвердило нашу основную гипотезу о том, что метод иппотерапии со стретчингом может оказаться эффективным в воздействии на детей с детским церебральным параличом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов И.П., Козловская Л.Е., Улыцик В.С., О восстановительном лечении детей с церебральными параличами в специализированной школе-интернате. – В кн.: Реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. – М., 1973. – 241 с.
2. Астахов В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы // Здоровье. – 2000. – № 3 – С. 14–15.



3. Веселов А.В. Лечение ДЦП // Здоровье. – 2000. – № 12 – 21 с.
4. Гончарова М.Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями ОДА / М.Н. Гончарова, А.В. Гришина, И.И. Мирзоева. – Л.: Медицина, 1985. – 250–295 с.
5. Гросс Ю.А. Применение тренажерных устройств в процессе реабилитационных занятий физическими упражнениями детей с нарушениями ОДА: Автореф. дис... канд. пед. наук. / Ю.А. Гросс. – М., 1998.
6. Гурвич П.Т. Верховая езда как средство лечения и реабилитации в неврологии и психиатрии. // Неврология и психиатрия. – 1997. – № 8.
7. Данилова Л.А. Коррекционная работа при обучении детей с церебральным параличом. // Дефектология. – 1992. – № 4. – С. 56–59.
8. Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе / А.И. Денисенков, Н.С. Роберт, И.Л. Шпицберг. – М., 2004. – 51 с.
9. Калижнюк Э.С., Журавлев А.М. О патологическом развитии личности больных детским церебральным параличом. В кн.: VI конференция по детской неврологии и психиатрии. – М., 1980. – С. 134–135.
10. Коган О.Г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии / О.Г. Коган, В.Л. Найдин. – М.: Медицина, 1988. – 304 с.
11. Рухадзе М.М. Патолофизиологическое обоснование райттерапии. (Кафедра ЛВК и ВК, кафедра неврологии Тбилисской медицинской академии, Центр райттерапии и реабилитации).

Поступила 11.10.2010

ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗРОСЛОГО И РЕБЕНКА С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНТАКТОВ

© Н.В. Горшенкова, 2010

УДК 316.454.52

Г 708

Н.В. Горшенкова¹, Т.Н. Чернышева¹, Е.М. Старобина²¹Санкт-Петербургский психоневрологический интернат № 10²ФГУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта ФМБА России»

FORMS OF ORGANIZATION OF JOINT COOPERATION ADULT AND CHILD BY THE PURPOSE OF INSTALLATION OF POSITIVE INTERPERSONAL CONTACTS

N.V. Gorshenkova¹, T.N. Chernyshova¹, E.M. Starobina²¹St. Petersburg psycho-neurological institution N 10²St. Petersburg Scientific and Practical Center of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht

РЕЗЮМЕ

В статье представлены различные способы организации положительного эмоционального контакта взрослых и детей с умственной отсталостью через совместную игровую деятельность. Приведены различные варианты занимательных игр, содействующих созданию положительного психоэмоционального состояния, установлению положительных межличностных контактов, развитию коммуникативных навыков: дидактические ролевые и сюжетные игры, тематические этюды, игры-имитации, рисование пальчиками, ладонями, лепка, дидактические музыкальные игры.

Ключевые слова: дети с умственной отсталостью, эмоциональные межличностные контакты, совместная игровая деятельность, коммуникативная деятельность, занимательные игры.

SUMMARY

In the article the different ways of organization of positive emotional contact between adult and children with a mental retardation through collateral game activity are represented. The different variants of entertaining games assisting for creation of a positive psychological-emotional state, installation of positive interpersonal contacts, development

of communicative skills are reduced: didactic role and subject games, subject etudes, games-imitation, drawing with the help of fingers or palms, sculpture modelling, didactic musical games.

Key words: children with a mental retardation, emotional interpersonal contacts, joint game activity, communicative activity, entertaining games.

При проведении диагностики и коррекционных занятий важно создать эмоционально положительный настрой у реабилитируемого, а также установить с ним доверительные отношения. В условиях психоневрологического интерната, а также центров социальной реабилитации, при работе с детьми и молодыми инвалидами, имеющими умственную отсталость, это особенно важно и, как правило, вызывает затруднения.

Кроме того, общение – важнейшая сфера межличностных отношений, нарушенная в наибольшей степени у данного контингента инвалидов, которую необходимо развивать для наиболее полной социальной адаптации.

Общение – специфическая форма взаимодействия и взаимовлияния субъектов, порождаемая потребностями совместной деятельности. Общение и деятельность находятся в единстве и непременно связаны с взаимным восприятием друг друга.

Б.Г. Ананьев в работе «Психология педагогической оценки» впервые указал на важность общения в общем психическом развитии человека, определил причинную обусловленность и закономерность развития человека от непосредственного общения с себе подобными. А.Н. Леонтьев доказал, что в коммуникативном процессе в единстве выступают деятельность, общение и познание.

Известно, что в закрытых учреждениях дети испытывают определенный дефицит в общении со взрослыми, а общение со взрослыми, в свою очередь, является образцом взаимодействия со сверстниками. Взрослый содействует возникновению положительных эмоциональных контактов и сотрудничеству детей между собой. Кроме того, контакты с ровесниками дают детям дополнительные впечатления, служат источником сильных положительных и отрицательных переживаний, что ведет к психическому развитию ребенка.

Самым простым способом организации этого положительного эмоционального контакта является совместная деятельность в игре, в ходе которой идет также развитие сенсорно-перцептивного уровня и познавательной активности. Сенсорно-перцептивный

уровень является базовым в развитии человека и начинает формироваться еще на первом году жизни, когда идет активное познание окружающего мира через все органы чувств. Как показывают многочисленные психологические исследования, необходимым условием для нормального созревания мозга в детском возрасте является достаточное количество внешних впечатлений, так как именно в процессе поступления в мозг и переработки разнообразной информации из внешнего мира, происходит упражнение органов чувств и соответствующих структур мозга.

Для организации такой совместной деятельности необходимо периодически устраивать занимательные игры не в отдельно взятом помещении, а в холле, чтобы охватить как можно больше желающих принять в них участие. Игр одновременно должно быть много. Эти множественные контакты, новизна обстановки, необычные атрибуты, включение в игру персонала и родителей выходят за рамки будней и порождают у детей яркие эмоциональные переживания.

Можно выделить конкретные задачи, решаемые в ходе проведения таких занимательных игр:

- создание положительного психоэмоционального состояния;
- установление положительных межличностных контактов;
- развитие коммуникативных навыков с помощью вербальных и невербальных форм общения;
- развитие познавательных интересов;
- накопление сенсорно-перцептивного опыта;
- развитие мелкой моторики;
- развитие творческих способностей.

Решение такого многообразия задач в ходе совместных занимательных игр происходит ненавязчиво, как бы само собой, не вызывает у детей негативных реакций. Для этого не требуется развития никаких определенных учебных навыков. В таких играх могут принимать участие дети с различным уровнем интеллектуального развития. Причем, участие в игре может носить как активный, так и пассивный характер. На первых порах ребенок

Варианты занимательных игр, содействующие созданию положительного психоэмоционального состояния и установлению положительных межличностных контактов

№ п/п	Название игр	Решаемые задачи	Оборудование	Формы проведения	Методика проведения
1.	«Веселые ладошки»	<ul style="list-style-type: none"> Создание положительного психоэмоционального настроения; Стимуляция коммуникативных навыков; Установление положительного межличностного контакта 	Ватман, фломастеры, маркеры	«Ты постой, дружок, немножко, на память нам оставь ладошку»	На большом листе ватмана педагог предлагает каждому гостю оставить на память свою ладошку, сам обводит и подписывает ее (имя); панно выносят, показывая, сколько у нас теперь много друзей
2.	«Волшебные картинки» (рисование на кофе)	<ul style="list-style-type: none"> Создание положительного психоэмоционального настроения; Накопление сенсорно-перцептивного опыта; Стимуляция тактильных ощущений; Развитие мелкой моторики; Развитие творческих способностей 	Стол со стеклянной матовой прозрачной столешницей (~80x60 см), подсвеченный снизу лампой дневного света. Сверху на столешнице насыпан ровным слоем молотый кофейный порошок. Помещение должно быть затемненным, чтобы подсветка стола была контрастной	Рисование пальчиками, ладошками по рассыпанному на поверхности стекла кофейному порошку. Ребенок проводит линию, она начинает светиться, это вызывает бурный всплеск эмоций у детей	Педагог рисует сам, предлагает детям присоединиться, вместе они выстраивают сюжет, исходя из детских набросков. У педагога уже может быть нарисован объект, дети могут подрисовать детали. Используется элемент ароматерапии
3.	«Зеркальная гостиная»	<ul style="list-style-type: none"> Создание положительного психоэмоционального настроения; Накопление сенсорно-перцептивного опыта; Стимуляция зрительных ощущений 	Темная комната с мерцающими, светящимися эффектами – шторы для затемнения помещения, зеркала, фонарики, свечи в тубусах, игрушки с мерцающим, светящимся эффектом и т.д.	Тематические этюды: рисование фонариками на потолке, «Угадай-ка», солнечные зайчики, «Делай как я» и др. Игры-имитации: «Зайчик», «Ловишки»	Педагог направляет зеркальце или фонарик выше, ниже, дети стараются поймать «зайчика» на стенах. Педагог предлагает показать «зайчика» (ушки, лапки)
4.	«Капелька» (игры с водой)	<ul style="list-style-type: none"> Создание положительного психоэмоционального настроения; Накопление сенсорно-перцептивного опыта; Стимуляция тактильных ощущений 	Стол-ванна, бассейн детский с водой, светозвуковая картина «Водопад», фонтан наполненный, гигантские мыльные пузыри, игра «Рыбалка», водопадающие заводные игрушки, лейки, ведра, тазы, решето, надувные игрушки, зонтики др., полотенца бумажные	Дидактические игры: «Рыбалка», «Брызгалки», «Водав решете», «Мыльные пузыри», «Что изменилось?», «Чего не стало?», «Солнышко и дождик» и др. Тематические этюды: «Делай как я», «Угадай-ка», «Сухо – мокро», «Песня водопада» и т.д. Игры-имитации: «Пловцы», «Рыбаки»	Совместное рассматривание заводных водопадающих игрушек в бассейне. Дидактическая игра «Что изменилось?» – педагог просит детей закрыть глаза, а сам убирает игрушку. Дети пускают мыльные пузыри, стреляют из водных пистолетов, наполняют водой лейки и другие емкости, повторяя за педагогом. Педагог предлагает прислушаться к звукам водопада. Игра «Кто быстрее наполнит сосуд?» – один ребенок старается наполнить сосуд решето, другой – ведром

5. «Музыкальная гостиная»	<ul style="list-style-type: none"> - Создание положительного психоэмоционального настроения; - Накопление сенсорно-перцептивного опыта; - Стимуляция слуховых ощущений 	Музыкальный центр, фонограммы. Атрибуты «шумового» оркестра: маракасы, бубны, трещотки, погремушки и другие детские музыкальные игрушки и инструменты (органолы, дудочки, и т.д.)	Дидактические музыкальные игры: «Что звучит?», «Шумовой оркестр», «Делай как я» и др.	Педагог предлагает детям на выбор музыкальные и музыкально-шумовые игрушки, дает послушать их звучание, затем включает короткие фонограммы знакомых и несложных мелодий, берет дирижерскую палочку: «поиграем в оркестр», дирижером может быть каждый желающий
6. «Мукасолька» (лепка из теста)	<ul style="list-style-type: none"> - Создание положительного психоэмоционального настроения; - Накопление сенсорного опыта; - Стимуляция тактильных ощущений; - Развитие мелкой моторики 	Рабочий стол, клеенка, стеки, скалка, мука, соль, вода, полотенца бумажные, фартуки, емкость для теста, книги с иллюстрациями, картины из теста	Игра «Я пеку, пеку, пеку детям всем по пирожку»	Обыгрывание ситуаций с использованием вылепленных предметов: баранки, булочки, пирожки для кукол; листочки и яблочки для украшения яблоньки (заготовка деревца) и др.
7. «Свет и тень» (люминесцентная комната)	<ul style="list-style-type: none"> - Создание положительного психоэмоционального настроения; - Накопление сенсорно-перцептивного опыта; - Стимуляция зрительных ощущений 	Ограниченное затемненное пространство с синей люминесцентной лампой, зеркало, различные предметы, содержащие люминофор, которые светятся при этой лампе: заколки, нитки, игрушки, шнуры, люминесцентный пластик, лин, краски, мелки и т.д.	Тематические этюды: «Давай познакоимся», «Украсим друг друга», «Делай как я», «Секретный рисунок» и др.	Педагог предлагает порисовать «волшебными мелками», при этом рисунок виден только при свете люминесцентной лампы. Ребенку разрешается рисовать такими мелками и красками на полу и стенах, так как они легко смываются, предлагается вылепить фигурки из пластилина, которые тоже светятся. Можно украсить себя перед зеркалом светящимися заколочками, бантиками и т.д.
8. «Фото-балаганчик»	<ul style="list-style-type: none"> - Создание положительного психоэмоционального настроения; - Стимуляция коммуникативных навыков; - Установление положительного межличностного контакта 	Муляж старинного фотоаппарата на треноге, искусственная пальма, игрушки, изображающие экзотических животных (попугай, обезьяна, слон, бегемот, лев, тигр и др.). Заготовки веселых коллажей и фотографий	Игры-имитации: «Мы – обезьянки». Тематические этюды: «Настроение», «Улыбнись», «Делай как я» и др. Дидактические игры: «Угадай, кто это?», «А вот у нас – экзотика, веселье, фотки, смех!»	Педагоги в костюмах фотографов 20-х годов предлагают выбрать, с кем бы сфотографироваться. Далее происходит момент шуточной съемки с вылетающей «птичкой» (на руке педагога – игрушечная каркающая ворона), детей просят улыбнуться, после чего им выдаются веселые «фотографии» (заготовленные коллажи, шуточные рисунки)

9.	«Добрый доктор Айболит»	<p>– Создание положительного эмоционального настроения;</p> <p>– Установление доброжелательного межличностного контакта</p>	<p>Фиточай в бутылке с этикеткой «Сладкая микстура», мармелад в виде пиявок, червячков и т.д., шуточные рецепты</p>	<p>Игровое действие «Я добрый доктор Айболит». В роли доктора – педагог, у него должен быть шуточный вид: халат, колпачок, полумаска-очки с большим носом, огромный градусник и др.</p>	<p>Под пальмой сидит Доктор Айболит, предлагает зайти к нему и для профилактики выпить вкусной микстуры (фиточай) и отведать «целебные пиявоки» из мармелада в виде пиявок и червячков, чтоб быть здоровыми. Доктор выдает шуточные рецепты типа: «Размотайте клубок нервов и свяжите себе носки», «Выбросьте в помойку дурные мысли», «Носите в кармане конфетку. Помогает от плохого настроения», «Чтобы было все в порядке – утром делайте зарядку» и др. Поскольку в игре принимают участия и дети и взрослые, то рецепты должны быть различными (от юмористических до серьезных), их должно быть много, чтобы не было частого повторения</p>
----	-------------------------	---	---	---	---

может быть лишь сторонним наблюдателем, а затем постепенно включаться в ход игры. Здесь может иметь место викарное научение, когда овладение каким-либо видом деятельности идет на основе наблюдения за деятельностью других людей.

Но все-таки цель педагога – включать детей в активное участие. Почему это важно? Развитие интеллектуальной сферы лучше идет тогда, когда устанавливаются множественные взаимосвязи между центрами в коре головного мозга. А это, в свою очередь, происходит тогда, когда задействовано как можно больше различных анализаторов: и зрительный, и слуховой, и двигательный, и тактильный и т.д.

Если же ребенок упорно занимает пассивную позицию и не хочет активно включаться в игровое действие, то никто его насильно не заставляет, так как сохранение положительного эмоционального настроения – самое важное в подобных занимательных совместных играх. Это содействует доверительному взаимоотношению между взрослыми и детьми, а также между самими детьми.

В таблице приведены различные варианты занимательных игр, содействующие созданию положительного психоэмоционального состояния, установлению положительных межличностных контактов, развитию коммуникативных навыков: дидактические ролевые и сюжетные игры, тематические этюды, игры-имитации, рисование пальчиками, ладонями, лепка, дидактические музыкальные игры. Это не есть четкая инструкция к действию, а лишь посыл к креативному подходу в своей профессии. Творческий педагогический коллектив может придумывать различные формы проведения и варианты подобных занимательных игр, чтобы сохранить элемент новизны для детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ананьев Б.Г. Психология педагогической оценки // Труды института по изучению мозга им. В.М. Бехтерева. – Л., 1935. – 115 с.
2. Краснощёкова Н.В. Сюжетно-ролевые игры для детей дошкольного возраста / Н.В. Кузнецова А.Е. Лучшие развивающие игры для детей от трёх до семи лет / А.Е. Кузнецова. – М.: ООО «ИД РИПОЛ классик», ООО Издательство «ДОМ 21 век», 2007. – 189 с.
3. Краснощёкова Н.В. Сюжетно-ролевые игры для детей дошкольного возраста / Изд. 2-е. – Ростов н/Д.: Феникс,

2007. – 251 с.

4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. 2-е изд. – М., 1977
5. Степанова О.А. Методика игры с коррекционно-развивающими технологиями: учебное пособие / О.А. Степанова, М.Э. Вайнер, Н.Я. Чутко. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 272 с.

Сведения об авторах:

Татьяна Николаевна Чернышева – зам. директора по учебно-воспитательной работе Санкт-Петербургского психоневрологического интерната № 10

Наталья Владимировна Горшенкова – педагог-пси-

холог Санкт-Петербургского психоневрологического интерната № 10

Елена Михайловна Старобина – доктор педагогических наук, руководитель отдела проблем профессиональной и психологической реабилитации ФГУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта ФМБА России»

Адрес для контактов:

Елена Михайловна Старобина. 197701, Санкт-Петербург, Сестрорецк, ул. Первая Поперечная, д. 3; тел. 8-911-815-11-56, e-mail: e-star@peterlink.ru

Поступила 25.10.2010

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИПЛИКАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ

© И.Л. Брызгалова, 2010

УДК 37.026.5

Б 896

И.Л. Брызгалова

Дубненский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «БРИГАНТИНА»

USING ANIMATED CARTOONS FOR CORRECTION AND DEVELOPMENT OF EMOTIONAL FIELD OF KIDS WITH ARRESTED DEVELOPMENT

I.L. Bryzgalova

Rehabilitation center for disabled kids «Brigantina»

РЕЗЮМЕ

Формирование эмоционально-волевой сферы детей с отклонениями в развитии является центральным звеном в системе психологической коррекции. Многие трудности адаптации детей с отклонениями в развитии обусловлены их эмоциональной незрелостью и нарушениями эмоциональной регуляции поведения. При использовании мультипликации для коррекции и развития эмоциональной сферы у детей с отклонениями в развитии получена позитивная динамика в улучшении состояния эмоциональной сферы у детей по сравнению с традиционными используемыми наглядными методами коррекции и развития эмоциональной сферы у детей с отклонениями в развитии.

Ключевые слова: эмоционально-волевая сфера, психологическая коррекция, мультипликация, мульти-терапия.

SUMMARY

The formation of emotional field for kids with psychoneurological deviations is an important branch in rehabilitation system. This article describes usage of animated cartoons for kids with arrested development.

Key words: emotaional field, animated cartoon, deviations, kids.

Формирование эмоционально-волевой сферы детей с отклонениями в развитии является центральным звеном в системе психологической коррекции. Многие трудности адаптации детей с отклонениями в развитии

обусловлены их эмоциональной незрелостью и нарушениями эмоциональной регуляции поведения. Эмоциональная сфера является важной составляющей в развитии детей, так как никакое общение, взаимодействие не

будет эффективным, если его участники не способны, во-первых, «читать» эмоциональное состояние другого, а во-вторых, управлять своими эмоциями. Понимание своих эмоций и чувств также является важным моментом в становлении личности растущего человека.

При всей кажущейся простоте, распознавание и передача эмоций – достаточно сложный процесс, требующий от ребенка определенных знаний, определенного уровня развития.

Дети, прежде всего, обращают внимание на выражение лица, не придавая значения пантомимике (позе, жестам), они имеют недостаточные представления об эмоциональных, внутренних состояниях человека и их проявлениях.

Зарубежные исследователи эмоциональной сферы выявили некоторые возрастные особенности развития. Эмоциональный спектр совершенствуется по мере приобретения жизненного опыта, возрастая в период юности и зрелости. Это значит, что у ребенка уровень эмоционального развития заведомо ниже, чем у взрослого, и не может быть ему равен. Но это не означает, что формирование эмоциональных способностей нецелесообразно в детском возрасте. Наоборот, существуют данные о том, что специальные обучающие программы существенно повышают уровень эмоциональной компетентности детей.

Важным этапом работы с этими детьми является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирования эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

В связи с этим целесообразно создать организованную комплексную систему психолого-педагогических воздействий, направленных на развитие эмоционально-волевой сферы у детей с отклонениями в развитии.

На сегодняшний день довольно мало известно о том, как мультфильмы влияют на формирование личности ребенка. Исследования по психологии детей дошкольного и младшего школьного возраста рассматривают становление самосознания, понимания мира, окружающей действительности, не заостряя внимания на воздействии телевидения и мультипликации.

Мультипликация объединяет реальность и вымысел, музыкальное сопровождение и саму «картинку», исходя из обобщающей природы анимации, и создает единый педагогический воспитательный комплекс.

Мультипликация апеллирует не к логике, а к образному мышлению. При просмотре мультфильмов у детей

возникает освежение эмоций. Мульттерапия является тонким и мощным инструментом для самодиагностики и коррекции бессознательной сферы психики. В процессе просмотра мультфильма и анализа собственного эмоционального восприятия его образов ребята исследуют свои личностные особенности и выявляют бессознательные поведенческие паттерны. Вслед за этим становится возможным переход к сознательной коррекции своих действий и осознанным изменениям в жизни.

Герои мультфильмов – это чаще всего детские персонажи. И даже у отрицательных героев «просматриваются» детские черты характера. Потому они не могут вызывать негатива. Более того, отрицательным героям дети даже начинают сочувствовать, тем самым ощущая свою милосердную заинтересованность. На подсознании у ребенка снимается агрессивность по отношению к тому, что происходит на экране.

Совершенствование логического мышления и кругозора ребенка еще не является залогом его будущей успешности в жизни. Гораздо важнее, чтобы ребенок овладел эмоциональными способностями, а именно:

- умением контролировать свои чувства так, чтобы они не «переливались через край»;
- способностью сознательно влиять на свои эмоции;
- умением определять свои чувства и принимать их такими, какие они есть (признавать их);
- способностью использовать свои эмоции на благо себе и окружающим;
- умением эффективно общаться с другими людьми, находить с ними общие точки соприкосновения;
- способностью распознавать и признавать чувства других, представлять себя на месте другого человека, сочувствовать ему.

Каждый педагог, особенно работающий с детьми с особенностями развития, должен понимать, что воздействие мульттерапии может обмануть ожидания и взрослого, и ребенка. Педагогу необходимо обратить внимание на следующее.

- На какой возраст рассчитан мультфильм?
- Соответствует ли мультфильм кругу интересов и психологии конкретного ребенка?
- Каково эстетическое и этическое наполнение мультфильма?

В мультипликации существует такое важное для педагогов понятие, как «акт доверия». Сочетание вымысла и реальности, столь очевидное для взрослого человека,

не осознается ребенком. Конечно, «пребывание» в сказке, в ирреальном мире контрастных категорий добра и зла, необходимо ребенку. Мультфильм становится универсальным языком, помогающим разностороннему развитию детей. Положительное воздействие анимации при правильном подборе мультфильмов может стать прекрасным развивающим пособием для:

- раскрепощения мышления;
- развития творческого потенциала в соединении с занятиями рисованием, лепкой героев мультфильмов, игровыми приемами;
- совершенствования навыков общения и социализации.

Использование мульттерапии для коррекции и развития эмоциональной сферы у детей с отклонениями в развитии позволило разработать и внедрить более эффективную комплексную методику коррекции и развития эмоциональной сферы у детей.

Самое главное условие эффективности таких занятий – добровольное участие в них детей. Занятия не должны утомлять. Каждое занятие должно завершаться чем-то радостным, веселым, положительным.

Направления, используемые в мульттерапии:

- **аксиологическое** направление предполагает формирование умения принимать самого себя и других, при этом адекватно осознавая свои и чужие достоинства и недостатки;
- **инструментальное** направление требует формирования у ребенка умения осознавать свои чувства, причины поведения, последствия поступков, т.е. формирования личностной рефлексии;
- **потребностно-мотивационное** направление заключается в формировании умения находить в трудных ситуациях силы внутри себя, принимать ответственность за собственную жизнь, умения делать выбор, в формировании потребности в самоизменении;
- **развивающее** направление предполагает для дошкольников адекватное ролевое развитие, а также формирование эмоциональной децентрации и произвольной регуляции поведения;
- **коррекционное направление**. Смягчение эмоционального дискомфорта у детей, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными расстройствами, такими как

агрессивность, повышенная возбудимость, тревожность.

Коррекционные направления мульттерапии:

- мультфильм как средство самопознания и раскрытия внутренних резервов ребенка;
- мультфильм как средство эффективной саморегуляции;
- мультфильм как вспомогательный дидактический материал в учебном процессе;
- мультфильм как инструмент налаживания межличностных и межгрупповых взаимоотношений.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ

- Просмотр мультфильмов.
- Беседы, направленные на знакомство с различными эмоциями, чувствами.
- Фантазирование, предполагающее направленную визуализацию и активное воображение.
- Сочинение историй, способствующее, благодаря разнообразным приемам, развитию вербальных навыков.
- Техники художественной экспрессии, основанные на использовании различных изобразительных материалов и помогающие детям справиться с эмоциональными нарушениями.
- Использование в игровых действиях игрушек и различных предметов.
- Словесные, подвижные игры.
- Проигрывание ситуаций.
- Музыкальное и видео сопровождение.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МУЛЬТИПЛИКАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ

В течение двух лет проводятся профилактически-развивающие занятия с использованием мульттерапии, направленные на развитие психологического здоровья и эмоциональной компетентности детей. Мультфильмы учат ребят как вести себя с друзьями, а как с взрослыми, как извиниться, если ты не прав, и стоит ли вообще просить прощения.

При использовании мультипликации для коррекции и развития эмоциональной сферы у детей с отклонениями в развитии получена позитивная динамика в улучшении состояния эмоциональной сферы у детей, по сравнению с традиционными используемыми наглядными методами.

Отзывы и наблюдения педагогов, родителей, свидетельствуют о значительном повышении у детей рефлексии, эмпатии, расширении психологической лексики, а также об осознании детьми причин различных эмоциональных состояний и возможностей выхода из них. Ребята научились различать и понимать эмоции, управлять собственными эмоциональными состояниями и эмоциями своих партнеров по общению.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адилова, М.Ш. Особенности психомоторики младших школьников с ЗПР / М.Ш. Адилова. – М., 1988.
2. Актуальные проблемы диагностики детей с ЗПР / Под ред. К.С. Лебединской. – М., 1982.
3. Антонова, Г.П. Познавательная деятельность детей 6–7 лет / Г.П. Антонова, И.П. Антонова – М., 1991.
4. Вайзман, Н. Реабилитационная педагогика / Н. Вайзман. – М., 1996.
5. Выготский, Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте / Л.С. Выготский. – СПб, 1997.
6. Галаев, Б.М. Содружество чувств и синтез искусств / Б.М. Галаев. – М., 1982.
7. Минаева, В.М. Развитие эмоций дошкольников / В.М. Минаева. – М., 1999.
8. Мухина, В.С. Возрастная психология / В.С. Мухина. – М., 1998.
9. Переслени, Л.И. Задержка психического развития: Вопросы дифференциации и диагностики / Л.И. Переслени // Вопросы психологии. – 1989. – № 1.
10. Прохорова, Г.Н. Психолого-педагогическая коррекционная работа в детском саду / Г.Н. Прохорова // Дошкольное воспитание. – 1998. – № 4.
11. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / Под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1999.
12. Сиволапов, С.К. Особенности образной сферы у школьников с ЗПР / С.К. Сиволапов // Дефектология. – 1988. – № 2. – С. 3–10.
13. Современные технологии обучения учащихся с нарушением умственного развития: Сб. науч. тр. / Урал. гос. ун-т. – Екатеринбург, 1996.
14. Стрекалова, Т.А. Особенности наглядного мышления старших дошкольников с ЗПР / Т.А. Стрекалова // Дефектология. – 1987. – № 1. – С. 64–69.

Поступила 11.10.2010

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ

© Ю.А. Дьякова, 2010

УДК 316.472.3

Д 931

Ю.А. Дьякова, Т.А. Строкольская, Е.В. Усачева

Государственное учреждение здравоохранения

«Кемеровский детский психоневрологический санаторий «Искорка»

CHILDREN'S PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN A DISTRICT SANATORIUM

Yu.A. Diakova, T.A. Strokolskaya, E.V. Usachova

State Health Care Institution "Kemerovo Children's Psychoneurological Sanatorium «Iskorka»

РЕЗЮМЕ

Поступление ребенка в санаторий сопровождается изменением окружающей его среды. На процесс адаптации влияют достигнутый уровень психического и физического развития, личностные особенности ребенка, а также уровень тревожности. Для профилактики стрессовых реакций проводится медико-психолого-педагогическое сопровождение детей и внедрение психолого-педагогического мониторинга, который позволяет оценить уровень адаптации детей и успешность лечения.

Ключевые слова: психолого-педагогический мониторинг, адаптация детей, психоэмоциональное состояние, эффективность.

SUMMARY

Children's admission to a sanatorium is connected with the changes in their environment. The process of a child's adaptation is affected by the level of his or her mental and physical development, personality characteristics as well

as by anxiety level. To prevent stress reactions medical, psychological and pedagogical care is given to children. For the same purpose psychological and pedagogical monitoring is being implemented. It helps to assess the level of children's adaptation and the effectiveness of the treatment.

Key words: *psychological and pedagogical monitoring, children's adaptation, psychoemotional state, effectiveness.*

Учитывая особенности временных рамок и условий пребывания ребенка в местной санатории, работа психолога-консультанта ограничена и ситуативна. В основном, это групповые и индивидуальные консультации по запросу воспитателей и родителей. Для более четкого отслеживания результатов совместной работы медицинского, педагогического персонала и психолога в улучшении психоэмоционального состояния детей, находящихся на лечении, был разработан психолого-педагогический мониторинг (ППМ).

Психоэмоциональное состояние детей при поступлении и выписке определялось по уровням тревожности, самооценки, работоспособности.

Формы реализации ППМ: проведение диагностики, психолого-педагогическое наблюдение, беседы, групповые занятия, воспитательная, коррекционная, индивидуальная и групповая работа. Наблюдения проводились в течение двух месяцев.

Психическое состояние отслеживалось по результатам диагностики в различных направлениях. Так, уровень тревожности по методикам цветового теста Люшера, теста тревожности Р. Темпла, М. Дорки, и вербальной методике Прихожан в начале сезона и по его окончании имели значительные различия. У детей, находившихся на лечении, уровень тревожности снизился по следующим параметрам:

- учебная тревожность – на 7%;
- межличностная тревожность (связанная с психологическим комфортом во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми) – на 25,7%;
- личностная тревожность (определяющая состояние внутреннего равновесия ребенка по отношению к социальной среде, ближайшему окружению и общему настрою) – на 32,4%.

Результаты диагностики работоспособности позволяют предположить, что в процессе лечения и участия в воспитательных мероприятиях уровень работоспособности детей среднего школьного возраста повысился в среднем на 38,5%, у подростков – на 32,4%. У некоторых подростков показатели практиче-

ски не изменились (15%), но и не снизились.

Уровень самооценки, определяющий адекватность поведения ребенка в различных ситуациях (в конфликтах и др.), изменился в различных группах детей по-разному:

- в среднем остался стабильным у 30,6%;
- у 27% детей, поступивших с неадекватно высоким уровнем самооценки, наблюдалось снижение в среднем на 38%;
- у детей, поступивших с неадекватно сниженным уровнем самооценки (42,4% от общего числа), повысился уровень самооценки до адекватного у 32,6%.

Кроме диагностических процедур, было проведено анкетирование с целью выявления отношения детей к режиму, выполнению процедур, осознанности стремления к выздоровлению. Анализ анкет показал следующие результаты:

- сознательно и систематически выполняют требования режима – 60%, затрудняются точно ответить – 4%, не выполняют требования – 36%;
- владеют грамотной информацией о соблюдении определенных правил, способствующих выздоровлению – 90% детей;
- выражают удовлетворенность пребыванием в санатории: вполне довольны – 76%, почти довольны – 24%;
- утверждают, что стали больше читать художественную литературу – 25%;
- научились дружить и приобрели в санатории близких друзей – 58%;
- поняли важность двигательной активности в формировании здорового образа жизни – 86%, и только 1% опрошенных высказали желание иметь более вкусную еду.

ВЫВОДЫ

Психолого-педагогический мониторинг является формой получения обратной связи от детей в виде определенных результатов, интерпретация которых

позволяет оценивать уровень адаптации детей, состояние психического здоровья, наряду с параметрами физического состояния, т.е. отслеживать успешность комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб, 2002.
2. Жданова Л.А., Руссова Т.В., Сорокина А.В., Селезнева Е.В. Профилактика и коррекция нарушений адаптации детей к образовательным учреждениям. – Иваново, 2000. – 52 с.
3. Ильина М.Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. – СПб: Питер, 2006. – 368 с.
4. Собчик Л.Н. Методы цветовых выборов – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство.

ство. – СПб: Речь, 2007. – 128 с.

5. Щетина А.М. Диагностика социального развития ребенка. Учебно-методическое пособие. – Великий Новгород: НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2000. – 88 с.

Сведения об авторах

Юлия Алексеевна Дьякова – старший педагог-психолог ГУЗ КДПНС «Искорка»

Татьяна Андреевна Строкольская – главный врач ГУЗ КДПНС «Искорка»

Тел./факс 54-94-80, e-mail: iskorka-cta@mail.ru

Евгения Васильевна Усачева – заместитель главного врача по лечебной работе ГУЗ КДПНС «Искорка»

Тел. 54-89-39

Поступила 15.10.2010

ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ВОСПРИЯТИЯ И ВНИМАНИЯ У РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА РАННЕГО ВОЗРАСТА В СЕМЬЕ

© Е.В. Кириллова, 2010

УДК 159.922.736

К 431

Е.В. Кириллова

Кафедра современных технологий реабилитации
Московского государственного областного университета, Москва

FORMING OF DISABLED CHILDREN PERCEPTION AND ATTENTION IN FAMILY

E. V. Kirillova

Moscow regional state university, Moscow

РЕЗЮМЕ

Данная статья представляет собой обобщение опыта по формированию основ восприятия и внимания у детей-инвалидов в семье. Особую значимость изучение формирования восприятия и внимания приобретает в связи с многообразием проявлений структуры дефекта у детей-инвалидов. В статье рассматривается система формирования основ восприятия и внимания у ребенка-инвалида в семье, описан ряд наиболее эффективных методов и приемов, которые можно использовать в семейных условиях.

Ключевые слова: восприятие, внимание, дефицит восприятия и внимания, дети-инвалиды, социальная компетенция, социальное поведение, коммуникация, организованное общение, режимные моменты, вкусовые ощущения и восприятия, слуховое, зрительное, тактильное восприятие и внимание, развивающая среда, задачи и приемы работы.

SUMMARY

This article describes an experience of perception and attention forming for disabled kids in family. It is important because of disabled kids defects manifestation variety. Some methods that could be useful for parents are described in this article.

Key words: perception, attention, Attention-Deficit, perception-deficit, disabled kids, social competence, social behaviour, communication, organized intercourse, gustatory sense, perception of sound, visual perception, tactile perception.

Проблема семьи, воспитывающей ребёнка-инвалида, находится сейчас в центре интересов государства и общественных организаций. Необходимо решать задачи организации и осуществления своевременной комплексной коррекционной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов. Реализация данных тезисов предполагает разработку новых технологий формирования и развития психических процессов у детей-инвалидов.

Ранний возраст – период становления органов и систем, формирования их функций, прежде всего, функций мозга. Особенностью раннего возраста является взаимосвязь соматического здоровья, физического и нервно-психического развития детей. Очень важно не упустить ранний, сенситивный для развития компенсаторных возможностей возраст ребёнка. Это поможет сформировать у ребёнка-инвалида не только азы общения, но и развить психические функции, личность ребёнка в целом, осуществить профилактику вторичных отклонений, будет способствовать интеграции.

Раннее начало коррекционной работы – один из важнейших факторов успешной адаптации ребенка-инвалида к жизни, в нем заложен значительный потенциал по устранению отягощающих жизнь малыша патологических проявлений. Исходя из этого положения, в данной статье мы будем говорить о детях-инвалидах 3–6 лет.

Восприятие входит в психические процессы, является основой более высоких уровней – таких, как познание, мышление. **Внимание** – активный компонент процесса восприятия. Тем не менее, внимание является сквозным процессом, существующим на всех психических уровнях.

Следовательно, сформированность восприятия и внимания характеризует уровень возможностей ребёнка по овладению достижениями социума. Недостаточная сформированность восприятия и внимания является одной из наиболее распространенных проблем психофизического развития детей-инвалидов раннего возраста.

Анализ специальной литературы в целом показал наличие в настоящее время большого интереса со стороны специалистов к данной проблеме. В то же время, эта тема недостаточно разработана, существует большой разброс материалов по диагностике психического развития, по выбору средств и форм коррекционной

помощи таким детям [1, 2, 4, 5, 9, 10, 11].

Тем не менее, в отечественной литературе остается недостаточно разработанной проблема формирования основ восприятия и внимания у детей-инвалидов в семье. Описаны отдельные методические приемы, направленные не столько на формирование восприятия и внимания как азов социальной компетенции, сколько на развитие речи в целом.

А ведь именно от сформированности восприятия и внимания ребёнка-инвалида зависит его дальнейшая социализация и адаптация. Несмотря на содержательность имеющихся материалов, они могут быть только в незначительной степени использованы родителями детей-инвалидов для работы по формированию у них восприятия и внимания, так как содержат лишь отдельные замечания и имеют сугубо научный подход.

На сегодняшний день ребёнок-инвалид рассматривается как равноправный партнёр. Он должен быть в «коммуникативном поле». Сложный этиопатогенез определяет особенности формирования всех психических функций. Остаётся открытым вопрос об умении ребёнка-инвалида решать постепенно усложняющиеся коммуникативные и социальные задачи, особенно на начальных этапах его реабилитации.

Недостаточность процессов восприятия и внимания не обеспечивает формирования коммуникативной и познавательной функций. Это, в свою очередь, приводит к задержке развития познавательных процессов; эмоциональным и личностным особенностям.

Дефицит практических рекомендаций по формированию основ восприятия и внимания в семье ставит родителей перед необходимостью использовать приёмы, не рассчитанные специально на детей-инвалидов [8].

Тем не менее, у таких детей имеются потенциальные возможности для психофизического развития. Резервы совершенствования реабилитационной работы кроются в повышении их активизации при развивающем взаимодействии с семьёй.

Почему именно такой подход мы считаем целесообразным? Ребенок с инвалидностью нуждается в неизмеримо больших трудах родителей, чем здоровый ребенок. Родители должны быть не простыми исполнителями назначений и предписаний врачей, психологов и логопедов. Они должны стать равноправными партнерами в борьбе за собственного ребенка. При стационарном лечении волевая доминанта отдается

специалистам. В условиях домашней обстановки ответственность за ребенка лежит на родителях. Поэтому родителям, имеющим ребенка с проблемами, должны быть доступны методики коррекционно-развивающей работы.

Большинство родителей, имеющих ребенка-инвалида, осознают необходимость систематической и целенаправленной коррекционной работы над развитием его двигательной сферы, речи и интеллектуальных возможностей: организуют занятия ребенка со специалистами, курсы лечения, зачисляя детей в специализированные учреждения.

Вместе с тем, специально организованные занятия занимают лишь несколько минут (максимум час) в сутки, большую же часть времени больной ребенок находится дома, в обществе родителей, чаще всего, матери. Правильно организованное общение родителей с больным ребенком в повседневной жизни, в процессе совместного выполнения даже таких элементарных действий как умывание, кормление, уборка, стирка, т.е. в режимных моментах, имеет огромное значение для его психического развития [7].

Ребёнок-инвалид имеет свою специфику развития. Несмотря на неоднородность нарушений – интеллектуальная недостаточность, детский церебральный паралич, различные недифференцированные задержки психического развития, нарушения слуха, зрения и речи, эмоциональные расстройства, множественные нарушения – общим для всех являются трудности в формировании всех видов восприятия и внимания, отсутствие мотивации к общению, неумение ориентироваться в социальной ситуации, повышенная эмоциональная истощаемость. Всё это мешает полноценному взаимодействию ребёнка с окружающим миром.

При всём разнообразии неврологической симптоматики, детям-инвалидам свойственно снижение психической активности, восприятия, внимания, наблюдается недостаточность целенаправленной деятельности. Даже при лёгком и доброкачественном течении заболевания без очаговых неврологических симптомов общий потенциал такого ребёнка снижен.

Несформированность восприятия и внимания определяет специфику сенсорной, интеллектуальной и аффективной сфер или вызывается ею. Многим детям-инвалидам присуще в ряде случаев и отставание в развитии двигательной сферы, недоразвитие

крупной и мелкой моторики. У ребёнка выявляется несформированность форм коммуникации, незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм.

В целях разработки мер реабилитации среди детей-инвалидов выделяются две большие группы: дети с отклонениями в умственном и отклонениями в физическом развитии. У детей обеих групп вследствие развившихся устойчивых и выраженных органических и функциональных изменений, врожденных дефектов резко нарушены процессы восприятия и внимания.

У большинства детей-инвалидов отмечаются своеобразные нарушения восприятия и внимания, различные по степени выраженности. Ограничения восприятия и недостаточность внимания оказывают огромное влияние на весь последующий ход их психического развития.

Если ребенка-инвалида не обучать специально, его восприятие долго остается поверхностным, отрывочным и не создает необходимой основы для общего умственного развития, овладения разными видами деятельности и социального включения в роли. Недостаточность восприятия и внимания приводит к неумению устанавливать эмоциональные связи, а вне эмоционального контакта социальная адаптация невозможна [6]. Таким образом, дефицит восприятия и внимания вызывают нарушения социального поведения.

Поведение детей-инвалидов различное: у одних преобладает спокойное настроение, у других – неустойчивое. Чаще дети пассивны, инертны, безразличны, безучастны. Если ребенок воспитывается в ситуации гиперопеки, можно отметить капризность, избалованность. У детей разный уровень обучаемости и степень использования различных видов помощи. Эти и многие другие вариативные особенности личности детей-инвалидов связаны с неумением целостно отражать предметы и явления действительности, непосредственно воздействующие на органы чувств, и неумением сосредоточиться на объекте, т.е. несформированностью восприятия и внимания.

В разной степени выражена зрелость мозговых систем. Большое значение имеет сохранность слухового, зрительного, кинестетического восприятия, устойчивость, объем, распределение и возможность переключения внимания. Таким образом, у детей-инва-

лидов разные **стартовые возможности** для развития социализации. Для социализации очень важно создание, организация особого режима, стимулирующего эмоциональное и познавательное развитие ребенка-инвалида, формирование мотивации к взаимодействию и обучению.

Для управления процессом социализации нужно организовывать жизнь ребёнка и руководить его активностью. Поощрение активности и руководство ею взрослыми стимулируют развитие психических новообразований, различных сторон личности и индивидуальности детей. Для развития социализации важно **включение** ребенка-инвалида в развивающее взаимодействие с взрослым, в совместно-раздельные действия при тесном эмоциональном контакте.

Необходимо подбирать правильный материал для игр, целенаправленно обучать детей деятельности, контролировать результаты. Надо искать и использовать наиболее действенные формы положительного подкрепления. Родителям детей-инвалидов необходимо найти способ вызвать их активность, добиться действенного участия в предложенных занятиях, иначе воздействие не даст ожидаемого результата и не окажет влияния на социализацию ребенка. Чем более последовательно руководит взрослый процессом познания ребенком внешнего мира, тем более осмысленными и глубокими будут знания, которые приобретут дети.

Кроме того, для успешного руководства социализацией детей-инвалидов необходимо знать сильные и слабые стороны ребенка, его потенциальные возможности. В основе социализации ребенка-инвалида лежат процессы восприятия и внимания. Целенаправленное формирование восприятия и внимания должно пронизывать всю жизнедеятельность ребенка в семье. Это – социальная включенность в роли, социальное поведение.

В раннем, сенситивном возрасте нам нужно заложить эти механизмы, рассматривая восприятие и внимание как инструменты обеспечения успешной адаптации детей-инвалидов в обществе [3].

В данной статье мы предлагаем систему формирования основ восприятия и внимания у ребенка-инвалида в семье, проиллюстрированную рядом конспектов-занятий, а также опишем ряд наиболее эффективных методов и приемов, которые можно использовать

в семейных условиях. Предлагаемая система состоит из двух этапов – подготовительного и основного.

Цель подготовительного этапа: формирование эмоциональных и фонических аспектов коммуникации, организация деятельности, обогащение жизненного и чувственного опыта детей, расширение круга их представлений; уточнение восприятий и ощущений, организация зрительного и слухового внимания.

Важной перспективной **задачей** подготовительного этапа является развитие системы межанализаторных связей как основы для формирования восприятия и внимания.

Существенную роль на этом этапе играет формирование ориентировочно-поисковой и эмоциональной реакции на звучание предметов и голосов ближайшего окружения ребёнка, развитие основ звуковых ориентировок, восприятие слов из речевого потока. Имеют значение организация зрительного внимания в заданном пространстве, развитие прослеживающих движений глаз, активизация ощущений тела как системы координат (стимуляция зависит от сохранного анализатора).

Основные **направления** работы на подготовительном этапе:

- установление зрительного и эмоционального контакта;
- подбор адекватной аффективной и сенсорной стимуляции;
- настрой ребёнка на эмоциональное сопереживание;
- повышение уровня общей активности ребёнка;
- организация произвольного внимания – развитие способности к концентрации, распределению и переключению внимания.

Ситуацию общения необходимо организовывать так, чтобы она была комфортной для ребёнка, подкреплялась приятными впечатлениями и не требовала недоступных для него форм взаимодействия. Родители должны научиться способам привлечения внимания ребёнка, стимуляции его к развитию активного взаимодействия, что будет способствовать формированию эмоционального фона, социальной направленности и регуляции поведения.

Формирование положительного эмоционального настроения на совместную деятельность происходит на основе использования различных видов неречевой деятельности (игра, рисование, лепка). Эти задания

развивают сосредоточение внимания на развитии событий. Эмоциональный смысл вводится в задания, основанные на сенсорной стимуляции – раскачивания, кружения, переливание воды, размазывание крема на различных поверхностях. Все действия включаются микродозами и сопровождаются эмоциональными комментариями, небольшими ритмичными стихотворными текстами.

В режимных моментах необходимо поддерживать сенсорной стимуляцией переживание обычных, но значимых для ребенка ситуаций: кормление куклы, укладывание спать мишки. Постепенно в игровые задания включаются небольшие сложности, также подкрепленные сенсорными эффектами, расширяется стереотип взаимодействия, сенсорная стимуляция становится более разнообразной.

Родители должны стимулировать детей на произвольные подражания действиям, мимике и интонациям взрослых, на эхолалии, обыгрывать звуковые реакции с помощью эмоционально-смыслового комментария игр и занятий, сопровождающего ребенка **в течение всего дня** и являющегося необходимым элементом занятий. Используемые приемы должны включать создание предметной игровой среды с учетом индивидуального подхода и мобильности.

Материалы для игр и заданий подбираются в соответствии с интересами конкретного ребенка. Надо стараться сгладить неприятные ощущения, фиксируясь на приятных, накладывая словесную формулу на аффективные реакции ребенка. В ответ на любые звуковые реакции мы рекомендуем использовать положительное подкрепление, вплоть до пищевого.

Основной этап решает задачи формирования основ восприятия и представлений об окружающих предметах и явлениях, и активного внимания, необходимых для становления социализации. Важным является создание стратегии коммуникативного, социального поведения.

Коррекционно-развивающая работа должна проводиться ежедневно. В каждый режимный момент включается широкий диапазон упражнений и игр, направленных на формирование основ восприятия и внимания. Упражнение должно закончиться прежде, чем оно надоест ребенку. Своевременное переключение на другую деятельность происходит при помощи голосовых реакций, логических пауз и ударений, инто-

национных конструкций. Посторонние раздражители на занятии должны быть сведены к минимуму. Кроме того, все предлагаемые упражнения необходимо проводить в домашней обстановке во всех режимных моментах.

Коррекционная работа по формированию основ восприятия и внимания у детей-инвалидов в семье строится по единому плану, но имеет и специфику. Разный уровень сформированности восприятия и внимания определяет дифференциацию работы. Исходя из особенностей дефекта, **варьируются приемы работы.**

В работе с детьми-инвалидами **с нарушением слуха** большое значение имеет подражание, должна широко использоваться предметная деятельность на основе эмоционального воздействия с взрослым, уточняется характер имеющихся звуков. Воздействие направляется на развитие фонематического восприятия, понимание речевых структур.

У детей-инвалидов **с нарушениями зрения** особенно обширно представлены нарушения, становящиеся причиной сокращения двигательной активности и раннего расстройства информационных связей с окружающим миром. Своеобразие комплексной коррекционной работы осуществляется с учетом состояния зрения, особенностей способов восприятия, специфических приемов подачи одного и того же материала. У таких детей необходимо формировать всесторонние представления об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности. Особое внимание обращается на возможность использования имеющегося зрения – дидактический материал необходимой величины, окраски и объёмности, использование рельефных картинок и т.д.

Важным моментом в работе с детьми-инвалидами **с интеллектуальной недостаточностью** является развитие наглядного мышления, знакомство с предметами окружающей действительности. С этими детьми необходимо проводить дополнительную работу по развитию психической активности, введению в эмоциональное переживание, насыщению сенсорными впечатлениями – зрительной, вестибулярной и тактильной стимуляцией.

Специфика работы с детьми-инвалидами **с детским церебральным параличом** заключается в сочетании с массажем артикуляционных органов

с развитием функций рук и общей моторики ребёнка. Большое значение придается формированию тактильного восприятия. Коррекционные мероприятия по развитию и совершенствованию восприятия и внимания осуществляются в процессе практической деятельности – спонтанная игра ограничена в силу специфики самого заболевания.

Работа по установлению контакта с детьми-инвалидами **с эмоциональными нарушениями** должна идти особенно осторожно. Главным является снятие общей отрицательной оценки взрослого человека ребёнком. «Приручая» ребёнка, не нужно привлекать его зрительное внимание, обращаться прямо к нему словом или жестом. После установления к себе положительного отношения, нужно помнить о пресыщаемости такого ребёнка в контактах, давать возможность ему отдохнуть, не прерывая тактильного контакта. В моменты интенсивной вестибулярной стимуляции необходимо фиксировать аффективную связь момента удовольствия и взгляда, улыбки взрослого, добиваясь ответной реакции ребёнка. Задания на организацию зрительного внимания в данном случае не эффективны.

1. Развитие вкусовых ощущений и восприятий

Задачи: расширение рамок вкусовых ощущений и восприятий; развитие вкусовой чувствительности, обоняния, способности чувствовать, ощущать и соотносить данные ощущения с предметом, различать приятные и неприятные запахи, вкусовые ощущения; развитие соответствующих эмоций на данные ощущения.

Приёмы: различение запахов; соотнесение запаха с предметом; употребление контрастных напитков, контрастных видов и сортов пищи, различных видов еды; использование различных температурных раздражителей.

Приведём примеры занятий по развитию вкусовых ощущений и восприятий.

Занятие № 1

Цель: развитие вкусовых ощущений, воспитание положительного отношения к приему пищи.

Оборудование: обычная обстановка дома, продукты острого и сладкого вкуса, стакан воды.

Процедура: взрослый предлагает ребёнку попробовать что-нибудь сладкое, сначала чуть-чуть, потом побольше. Затем ребёнок выпивает воды, чтобы избавиться от прежнего вкуса. Далее та же процедура проводится с чем-нибудь острым. После этого

взрослый предлагает ребёнку выбрать между двумя вкусами.

Необходимо следить за реакцией ребёнка, по которой можно определить, что ему нравится, а что – нет. Реакция может быть различной: отворачивание от ложки и наоборот, открывание и закрывание рта, качание головой, смех, гримасы. Взрослый должен говорить с ребёнком во время занятия, используя слова: еда, вкус, сладкий, острый, нравится, не нравится.

Варианты:

- Использование различных контрастных вкусов: горький – сладкий, острый – мягкий.
- Использование различных сортов пищи: сухая – мокрая, жесткая – мягкая, хрустящая – воздушная.
- Использование различной температуры еды: горячая, теплая, прохладная, холодная.
- Использование еды, приготовленной различными способами: вареная, печеная: морковь, помидоры, кабачки, яблоки.
- Использование контрастных напитков: холодные – горячие, концентрированные – разбавленные.
- Использование различных вариантов еды: мясо и овощи, хлеб и фрукты и т.д.

Занятие № 2

Цель: развитие обонятельных ощущений, формирование связей между ароматами и предметами, их издающими.

Оборудование: обычная обстановка дома, духи, спрей после бритья.

Процедура: взрослый держит открытый пузырек с туалетной водой около носа ребёнка, не брызгая. Затем брызгает немного на небольшом расстоянии от ребёнка. Затем брызгает на запястье ребёнка и предлагает ему понюхать. Затем та же процедура проводится за ушами ребёнка и на шее. Необходимо проследить, чтобы ребёнок совершил несколько вдохов. Во время процедуры взрослый должен разговаривать с ребёнком. Используются слова: запах, духи, нос, аромат, фруктовый, похож, сильный, стойкий. Затем можно попробовать другие запахи.

Варианты:

- Использование двух контрастных запахов, например, брызните на одну руку ребёнка туалетной водой с запахом клубники, а на другую руку – одеколоном. Предложите ребёнку выбрать один

из этих запахов.

- Использование различных запахов: крема, масел, освежителя воздуха, эссенции для приготовления пищи, духов, цветочных ароматов.

2. Развитие слухового восприятия и внимания

Задачи: расширение рамок слухового восприятия; развитие слуховых функций, направленности слухового внимания, памяти; развитие слуховой сосредоточенности; формирование основ слуховой дифференциации; формирование регулятивной функции речи, представлений о различной интенсивности неречевых и речевых звуков; формирование способности дифференцировать неречевые и речевые звуки.

Приёмы: привлечение внимания к звучащему предмету; совершение действий в соответствии со звуковым сигналом; определение местонахождения и направленности звука; знакомство с характером звучащих предметов; различение звучания шумов и простейших музыкальных инструментов; запоминание последовательности звучаний (шумов предметов); различение голосов ближайшего окружения; реагирование на громкость звучания; узнавание и различение гласных звуков «а», «о», «у», «и»; выделение слов из речевого потока; развитие подражания неречевым и речевым звукам; различение и запоминание цепочки звукоподражаний; членение речевого потока на смысловые фрагменты, на отдельные звуковые комплексы; различение на слух звуков речи.

Приведём примеры занятий по развитию слухового восприятия и внимания.

Занятие № 1

Цель: развитие слухового внимания, формирование основ тонких звуковых дифференцировок.

Оборудование: обычная обстановка дома.

Процедура: перед ребёнком на столе расположены в ряд музыкальные инструменты – барабан и колокольчик – и «звуковая» коробочка с наполнителем из монет (аналогичный набор находится за ширмой). Ребёнка знакомят с их звучанием. Затем, демонстрируя звучание барабана за ширмой, ребёнку предлагается выбрать из предметов, находящихся перед ним, именно барабан и постучать по нему.

Варианты: Постепенное увеличение количества предметов.

Занятие № 2

Цель: развитие слухового восприятия и внимания.

Оборудование: обычная обстановка в группе или дома.

Процедура: ребёнку предлагается определить, звучит ли барабан среди других предметов за ширмой. Если ребёнок слышит стук барабана, то производит имитационные движения игры на этом инструменте.

3. Развитие тактильного восприятия и внимания, зрительно-моторной координации

Задачи: развитие манипулятивной деятельности и мелкой моторики рук; развитие глазодвигателей, тактильно-проприоцептивных и статико-динамических ощущений; развитие чётких артикуляционных кинестезий, тактильного восприятия и внимания; формирование представлений о схемах лица и тела; развитие подвижности речевой мускулатуры, произвольности и дифференцированности мимических движений; выработка кинестетического контроля за мимическими и мышечными ощущениями; восприятие артикуляционных укладов звуков путём развития зрительно-кинестетических ощущений.

Приёмы: прослеживание по направлениям сверху вниз, снизу вверх, справа налево, слева направо; прослеживание прямых, ломаных, извилистых линий; массажные расслабляющие (активизирующие) движения; размазывание крема на различных поверхностях; проведение рукой ребёнка по различным поверхностям (мех, щётки с различным ворсом); узнавание на ощупь различной фактуры предметов с использованием тактильных таблиц; двигательные упражнения с погремушкой, мячом, платочком, флажком; «рисование» в воздухе рукой; пальчиковая гимнастика; различение фактуры предметов без опоры на зрительное восприятие; активизация пассивных и активных движений пальцев рук; упражнения с пластилином и куклами би-ба-бо; артикуляционная и мимическая гимнастика; задания на имитацию положения рта, представленного на картинках; упражнения на преодоление сопротивления; автоматизация отдельных артикулем; выработка речедвигательных образов звукообразных слов (звукоподражаний).

Приведём примеры занятий по развитию зрительно-моторной координации, мелкой моторики рук и артикуляционной моторики.

Занятие № 1

Цель: развивать тактильные ощущения и восприятие, мелкую моторику.

Оборудование: обычная обстановка дома, «пальчиковый бассейн».

Процедура: ребёнок опирается рукой на дно «бассейна». Взрослый, приподнимая кисть руки, отводит большой палец ребёнка назад, легко фиксирует его своей рукой, организуя таким образом растяжку и мышечное напряжение и побуждает перебирать пальцами, передвигаясь по дну «бассейна» – пальчики «побежали» вперёд.

Занятие № 2

Цель: выработка тактильного внимания, контроля за положением рта, развитие мимических мышц.

Оборудование: обычная обстановка дома.

Процедура: игра «Зеркало», копирование мимических и артикуляционных движений: взрослый просит ребенка закрыть и открыть глаза, нахмуриться, закрыть и открыть рот, улыбнуться, вытянуть губы трубочкой.

4. Развитие зрительного восприятия и внимания

Задачи: формирование поисковой деятельности; расширение поля зрения; выработка устойчивости, переключаемости, увеличения объёма зрительного восприятия и внимания; развитие стереогноза, умения ориентироваться на плоскости и в трёхмерном пространстве; анализ зрительного образа.

Приёмы: нахождение игрушек в пространстве комнаты; перемещение игрушек в заданном пространстве; поиск предметов; соотнесение игрушки с её изображением на картинке; определение сторон тела у людей, изображённых на картинке; определение сторон собственного тела; выработка навыков ориентировки; упражнения в перекрёстном ориентировании; выполнение действий с предметами и игрушками по инструкции; определение недостающих частей у предметов по картинкам; узнавание частей тела и лица на предметной картинке; соотнесение их с частями собственного тела; привлечение внимания к изображениям предметов; фиксация изменений в расположении предметов; выделение из множества предметов; привлечение внимания к расположению предметов на плоскости (вверху, в центре, в правом углу и т.д.); идентификация зрительных изображений по заданной теме; определение различий в предметах и картинках; сравнение сходных по зрительному образу предметов; конструирование по образцу, по инструкции; конструирование заданных предметов со сходными и дискретными признаками из отдельных деталей;

выделение фигуры из фона; вычленение наложенных друг на друга предметов.

Приведём примеры занятий по развитию зрительного восприятия и внимания.

Занятие № 1

Цель: учить узнавать части тела и лица на предметной картинке, изображающей человека, соотносить их с частями собственного тела, развитие имитирующих жестов.

Оборудование: обычная обстановка дома.

Процедура: ребёнку показывают картинку с изображением человека или куклы, затем просят показать свою ножку и ножку у куклы на картинке. После этого ребёнок просят показать, как он «вымоет» определённую часть тела или лица, предъявляя ему соответствующую картинку (глаза, рот, нос).

Занятие № 2

Цель: учить узнавать предметы по их цветному и контурному изображению, функциональному назначению, развивать зрительное внимание.

Оборудование: обычная обстановка дома.

Процедура: ребёнок узнаёт предметы, изображённые на цветных картинках. Последовательно (по одной) ему предъявляются контурные изображения тех же предметов. Предлагается соотнести цветное и контурное изображение, накладывая парные картинки друг на друга. Затем взрослый перемешивает картинки и просит ребёнка разобрать их по парам.

5. Развитие сенсорно-перцептивной деятельности

Задачи: формирование сенсорного и тактильного гнозиса; формирование восприятия цвета и пространственных признаков плоских и объёмных предметов; дифференциация сходных цветовых тонов и геометрических форм; формирование пространственного моделирования образов и конструктивного праксиса.

Приёмы: выработка умения ориентации в окружающем пространстве; работа с тактильными таблицами; формирование восприятия цвета; знакомство с размером и формой (плоскостной и объёмной); выполнение действий с дидактическими игрушками (матрёшкой, пирамидкой); выработка дифференцированного восприятия круглой, угольной и квадратной форм предметов и геометрических фигур; соотнесение цветного и контурного изображений предметов; дифференциация плоскостного и объёмного изображений; конструи-

рование из фигур с учётом цвета; конструирование целого из частей, различных деталей; классификация по цвету, подбор определённой цветовой гаммы; идентификация предметов и геометрических фигур; работа с «Доской Сегена», кубиками Кооса.

Приведём примеры занятий по развитию сенсорно-перцептивной деятельности.

Занятие № 1

Цель: развитие тактильного гнозиса, узнавание на ощупь различной фактуры предметов с использованием тактильных таблиц (меховая, шелковистая и шероховатая поверхности).

Оборудование: обычная обстановка дома, подготовленные заранее тактильные таблицы.

Процедура: ребёнка последовательно знакомят со свойствами тактильных таблиц: меховая – мягкая, пушистая; шероховатая, изготовленная из наждачной бумаги – неровная, шершавая; шелковистая – гладкая, ровная. Просят ребёнка погладить, ощупать их и найти парные таблицы (работа проводится с двумя одинаковыми наборами таблиц). Набор таблиц можно расширить за счёт включения колючей поверхности – иппликатор Кузнецова, неровной – наплывы свечи на картоне, наклеенные обломки спичек, рельефная тесьма.

Занятие № 2

Цель: развитие тактильного восприятия и внимания.

Оборудование: обычная обстановка дома, подготовленные заранее тактильные таблицы.

Процедура: ребёнка просят найти таблицу с заданными свойствами, спрятанную за ширмой («Найди мягкую, пушистую»). Затем взрослый раскладывает таблицы в заданной последовательности, комментируя свои действия, и предлагает ребёнку сделать то же самое со вторым набором таблиц.

В заключение хотелось сказать, что в каждом человеке заложен огромный индивидуальный потенциал. Раскрыть его – задача не только специалистов, но и родителей. Выявление природных способностей ребенка, помощь в его социальном становлении – основная задача семейного воспитания. Коррекционно-развивающая работа **как стиль жизни** отличает заботливых родителей. Необходимо вносить разнообразие в монотонные режимно-лечебные будни ребенка, удивлять и поощрять его!

Сотрудничество родителей со специалистами, создание специальной развивающей среды, использование разнообразных методов, соответствующих целям занятия, специальные игровые приёмы в течение всего дня, во всех режимных моментах – всё это составляемые успеха в становлении восприятия и внимания у детей-инвалидов.

Материалы, изложенные в данной статье, являются частью большой комплексной программы, направленной на актуализацию компенсаторных возможностей детей-инвалидов в семье.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. – М.: Медицина, 1997.
2. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф-сервис, 1998.
3. Дедюхина Г.В., Худенко Е.Д., Кириллова Е.В. Как организовать общение с неговорящим ребенком. Сборник № 1 (методическое пособие). – М.: Аналитический центр «Развитие и коррекция», 2007.
4. Баженова О.В. Тренинг эмоционально-волевого развития для дошкольников. – М., 2010.
5. Балобанова В.П., Пасторова А.Ю. Групповая работа с детьми раннего возраста. – СПб: ИРАВ, 1998.
6. Кириллова Е.В. Стимуляция сенсорного развития. Советы логопеда / Жизнь с ДЦП // Информационно-практический журнал. – 2010. – № 3.
7. Кириллова Е.В., Мамаева А.В. Учусь познавать, говорить, жить. Советы логопеда. Жизнь с ДЦП // Информационно-практический журнал. – 2010. – № 4.
8. Кириллова Е.В. Концептуальные основы стратегии социального партнерства с семьями, воспитывающими детей-инвалидов / Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии // Под ред. проф. В.Н. Скворцова. – СПб: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2008.
9. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых детей. – М.: БУК МАСТЕР, 1993.
10. Мишина Г.А., Разенкова Ю.А. и др. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста. – М., 2000.
11. Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. – М., 1986.



ОБРАЩЕНИЕ ПРАВЛЕНИЯ НАОРДИ

Правление Национальной ассоциации организаций по реабилитации детей-инвалидов (НАОРДИ) сердечно поздравляет читателей журнала с Новым годом и считает необходимым отчитаться о проделанной в 2010 году работе и наметить определенные планы на 2011 год.

Выполненная работа НАОРДИ в 2010 г.

15 сентября	<p>Департаментом социальной защиты населения города Москвы совместно с НАОРДИ проведена конференция «Социальная реабилитация и интеграция детей-инвалидов».</p> <p>В рамках конференции прошли «круглые столы» на темы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Организация групповой работы с детьми-инвалидами в социозащитных учреждениях»; • «Профилактика синдрома профессионального выгорания»; • «Некоторые аспекты социокультурной реабилитации детей-инвалидов»
24 сентября	<p>В городе Иванове состоялось координационное заседание Общественного совета Центрального федерального округа при полномочном представителе Президента Российской Федерации в Центральном федеральном округе Г. Полтавченко.</p> <p>На Совете обозначены приоритетные направления по улучшению качества жизни и совершенствованию системы комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в ЦФО и вынесены соответствующие предложения. В материалах заседания отмечена особая роль НАОРДИ при подготовке материалов к обсуждению</p>
17–21 октября	<p>Министерство образования и науки РФ совместно с Центром развития социальных проектов и при участии НАОРДИ провело Всероссийское совещание «Защита прав воспитанников учреждений для сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».</p> <p>Обсуждались актуальные вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Организация работы учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе негосударственных некоммерческих учреждений; • Работа с детьми, перенесшими жестокое обращение и насилие: диагностика, реабилитация в учреждениях интернатного типа; • Реабилитация и подготовка ребенка к помещению в семью на воспитание
10–12 ноября	<p>Подготовка материалов и участие в Региональной конференции «Вопросы реабилитации детей-инвалидов и помощи детям, оставшимся без попечения родителей», г. Санкт-Петербург</p>
27 ноября – 04 декабря	<p>По договоренности с комендатурой московского Кремля и руководством Алмазного фонда, НАОРДИ на постоянной основе проводит для родителей детей-инвалидов экскурсии в Алмазный фонд и Большой Кремлевский дворец</p>
09–11 декабря	<p>Подготовка материалов и участие в Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Опыт. Проблемы. Перспективы», Республика Саха (Якутия), г. Нерюнгри</p>
14–15 декабря	<p>Организация, подготовка материалов и участие в Региональной конференции «Проблемы социальной реабилитации детей-инвалидов в современном обществе», города Калуга и Обнинск</p>

План НАОРДИ на 2011 г.

НАОРДИ совместно с Институтом переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы планирует проведение кадровой подготовки специалистов.

Планируемые программы для реабилитационных центров и центров социальной защиты и обслуживания населения

№ п/п	Наименование программы, категория слушателей	Сроки обучения
1.	Программа: «Проблемы социализации и интеграции детей-инвалидов в обществе» Категория слушателей: руководители и специалисты отделений социальной реабилитации детей-инвалидов	Февраль
2.	Программа: «Психология. – Актуальные проблемы оказания психологической помощи семье и детям в реабилитационных центрах» Категория слушателей: психологи учреждений социального обслуживания	Март
3.	Программа: «Социальная педагогика. – Актуальные проблемы специальной педагогики и психологии» Категория слушателей: дефектологи, логопеды	Март
4.	Программа: «Управление персоналом в центрах реабилитации». Категория слушателей: руководители учреждений и специалисты отделов кадров	Апрель
5.	Программа: «Организация питания в реабилитационных центрах». Категория слушателей: руководители реабилитационных центров	Апрель
6.	Программа: «Социальная педагогика. – Инновационные подходы к воспитанию детей в центрах реабилитации». Категория слушателей: воспитатели детских реабилитационных центров, дефектологи, психологи, педагоги	Май

Каждая программа рассчитана на 72 часа – 5 рабочих дней.

Минимальное количество слушателей – 25 чел., максимальное – 50 чел.

Между НАОРДИ и Институтом переподготовки и повышения квалификации достигнута договоренность о снижении стоимости обучения на 25% для сотрудников организаций, входящих в НАОРДИ и оплачивающих ежегодные членские взносы.

После завершения курса обучения выдается сертификат государственного образца.

Планируемые мероприятия

26–27 мая 2011 г. – Участие в **международном конгрессе «Евромедика – Ганновер 2011»** в Германии.

Июнь 2011 г. – Участие во **Всероссийской конференции, посвященной ратификации Российской Федерацией «Конвенции ООН о правах инвалидов»**. В рамках конференции планируется проведение секционного заседания на тему **«Дети-инвалиды. Что меняет ратификация конвенции ООН о правах инвалидов в жизни ребенка-инвалида»**.

Июнь–август 2011 г. – Финал **Всероссийского фестиваля художественного творчества детей «Я – автор»**. В рамках фестиваля состоится **«круглый стол» «Реабилитационная культура для детей-инвалидов»**.

По вопросам участия во всех планируемых мероприятиях НАОРДИ и со своими предложениями и пожеланиями обращайтесь на сайт www.naordi.ru, на адрес электронной почты naordi@yandex.ru и по телефону (495) 973-32-92, Салия Владимировна Глазкова

Правление НАОРДИ

ПЕРВЫЙ В РОССИИ...

ГУСО Республики Саха (Якутия) Республиканский центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями слуха и речи «СУВАГ» г. Нерюнгри

Национальная ассоциация организаций по реабилитации детей-инвалидов и редакция журнала «Детская и подростковая реабилитация» сердечно поздравляет коллектив Республиканского центра реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями слуха и речи «СУВАГ» г. Нерюнгри с юбилеем — центру «СУВАГ» — 20 лет!

Предлагаем вниманию читателей небольшой рассказ о реабилитационном центре «СУВАГ», его истории и используемых в его работе методиках реабилитации.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА

В октябре 1990 года в городе Нерюнгри, Республика Саха (Якутия), был открыт первый в России реабилитационный центр для детей с нарушениями слуха и речи (филиал Всесоюзного научного центра аудиологии и слухопротезирования Министерства здравоохранения СССР), в котором при обучении и реабилитации детей с нарушениями слуха и речи начали применять верботональный метод Поликлиники «СУВАГ», г. Загреб, Хорватия. Цель верботональной методики – с помощью специальных приемов помочь детям с нарушениями слуха и речи развить коммуникативные способности и адаптировать в среду слышащих. Данная методика широко распространена в более 50 странах мира. Уникальность верботонального метода в том, что он может быть использован в реабилитации детей с психоневрологическими проблемами, задержкой психического развития и сложными недостатками развития.

Инициатива создания такого Центра принадлежала Ассоциации общественных организаций Детского Фонда им. В.И. Ленина г. Нерюнгри. Главными движущими силами были матери глухих детей. Первыми российскими специалистами, прошедшими стажировку в г. За-

греб (Хорватия) и освоившими верботональный метод были сурдопедагоги Никольская Лия Юрьевна и Головина Галина Васильевна. В 1990 году в составе этой первой группы прошли обучение в Центре – Поликлинике "СУВАГ" (г. Загреб, Хорватия) две матери глухих детей Максимова Зинаида Семёновна и Калюжная Мария Николаевна, Совместными усилиями, при поддержке автора верботонального метода Петара Губерина, при активной помощи профессора Младена Ловрича (г. Загреб, Хорватия) был создан Центр, на базе которого в 1991 г. было проведено Всесоюзное совещание сурдопедагогов.

Инициативная группа родителей детей с нарушениями слуха и речи добилась открытия группы детского сада для своих детей. Первый набор составлял 15 детей.

Максимова Зинаида Семеновна, пройдя обучение в Поликлинике "СУВАГ" (Хорватия, г. Загреб), начала преподавать фонетическую ритмику в дошкольной группе детей с нарушениями слуха и речи. В 1995 г. возглавила Центр «СУВАГ», став гене-



Максимова Зинаида Семеновна – директор Центра «СУВАГ», кандидат философских наук, отличник образования РС (Я), учитель-дефектолог высшей категории



ральным директором.

В течение 20 лет Центр «СУВАГ» интегрировал детей нарушениями слуха и речи в общеобразовательные учреждения города, республики, Сибири и Дальнего Востока. В дальнейшем все они получили специальность и работают по выбранной профессии

О ЦЕНТРЕ

Основным принципом деятельности является скоординированная командная работа междисциплинарной группы специалистов, включающей педиатра, детского невролога, сурдолога, педагогов-психологов, педагогов-дефектологов, инструкторов по лечебной физкультуре, социального работника и других специалистов.



Центр «СУВАГ» оказывает:

- медико-социальную
- психолого-педагогическую,
- дефектологическую помощь детям
 - с нарушениями слуха, речи,
 - с психоневрологическими проблемами,
 - с задержкой психического развития,
 - со сложными недостатками развития.

Основные задачи Центра «СУВАГ»

- Определение исходного уровня здоровья и психики ребенка, прогнозирование восстановления нарушенных функций.
- Оказание помощи семьям, воспитывающим детей и подростков с отклонениями в развитии, в их социальной реабилитации, проведении реабилитационных мероприятий в домашних условиях.
- Социально-реабилитационная работа с родителями детей, имеющих отклонения в умственном или физическом развитии.
- Интеграция детей и подростков с ограниченными возможностями в дошкольные образовательные учреждения и средние общеобразовательные

школы

- Организация консультативной психолого-педагогической, медико-социальной, дефектологической помощи детям с ограниченными возможностями, интегрированным в общеобразовательные учебные заведения.
- Организация курсов повышения квалификации специалистов специализированных учреждений, занимающихся реабилитацией детей и подростков с ограниченными возможностями, на основании лицензии на дополнительную профессиональную образовательную деятельность.

Комплексная реабилитация в Центре «СУВАГ» осуществляется по следующим направлениям:

- ранняя диагностика и коррекция,
- медико-социальная помощь,
- консультативная и коррекционная помощь педагога - дефектолога, педагога-психолога,
- организация совместной работы педагога-дефектолога, ребенка и его родителей,
- дооперационная и послеоперационная реабилитация детей с кохлеарным имплантом,
- слухопротезирование детей по ФСС,
- сервисное обслуживание слуховых аппаратов,
- консультативная помощь родителям по вопросам воспитания и реабилитации.



Групповое занятие

Современные диагностические технологии и методики, специально оборудованные кабинеты (сенсорная комната, комната по применению методики Монтессори, игровая зона по социально-бытовой адаптации) позволяют оказать эффективную помощь ребенку, нуждающемуся в помощи. Каждый специалист учитывает индивидуальные особенности ребенка, его компенсаторные возможности, возрастные

особенности, семейные взаимоотношения. Родители являются полноправными участниками процесса реабилитации.

Комплексный подход позволяет успешно решать сложнейшие задачи реабилитации детей с различными нарушениями слуха, речи, с психоневрологическими проблемами, задержкой психического развития и сложными недостатками развития, формировать у ребенка компенсаторный механизм, позволяющий успешно преодолевать трудности социализации.

В настоящее время кохлеарная имплантация является наиболее перспективным направлением реабилитации глухих и слабослышащих детей. В 2007 г. нескольким детям, воспитанникам Центра, проведена операция по кохлеарной имплантации. На сегодня количество имплантированных детей, находящихся на реабилитации в Центре «СУВАГ», насчитывает 17 человек.



4–7 мая 2010 г. в Центре «СУВАГ» прошел обучающий семинар для реабилитологов по работе с детьми с кохлеарными имплантами (КИ). Семинар провели Зонтова О. В., методист-организатор НИИ ЛОР (г. Санкт-Петербург), и Изосимов А.А., предста-

витель компании «Med-El»(г. Москва)

Кому помогает кохлеарный имплант? Кохлеарный имплант помогает детям и взрослым с тяжелой и глубокой двусторонней тугоухостью. Кохлеарная имплантация- это операция, в процессе которой во внутреннее ухо глухого пациента вживляется имплант. Этот имплант, являющийся мини-компьютером, заменяет погибшие слуховые клетки и стимулирует слуховой нерв, Успешность реабилитации зависит как от качественно проведенной операции, так и от послеоперационной реабилитации.

По инициативе З.С. Максимовой, директора «СУВАГ», родителей детей с КИ, специалисты из Санкт-Петербурга и Москвы приехали с целью провести консультации, настроить кохлеарные импланты у 13 детей, прооперированных в НИИ ЛОР г. Санкт – Петербург и находящихся на реабилитации в Центре г. Нерюнгри.

Послеоперационная слухоречевая реабилитация – самый длительный и трудоемкий этап кохлеарной имплантации. Совместные усилия медико-педагогического коллектива и родителей приносят положительный результат. Ежедневная коррекционная работа по развитию ребенка с кохлеарным имплантом ложится на плечи педагогов и родителей.

По мнению Зонтовой О.В., члена комиссии по отбору для детей с КИ, « в Центре «СУВАГ» созданы все условия для предоперационной и послеоперационной реабилитации детей с КИ. Хорошо зарекомендованный Верботональный метод дает положительный результат в реабилитации детей с КИ: они наиболее полно подготовлены к имплантации, послеоперационный период проходит успешнее, в их речевом развитии наблюдается значительное улучшение слухового восприятия, быстрее развивается речь».

Возможности кохлеарного импланта:

- слышать повседневные звуки
- слышать и понимать речь
- пользоваться телефоном
- улучшение собственной разговорной речи.

За последние годы увеличилось количество обращений в Центр «СУВАГ», что указывает на востребованность медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья.

На протяжении последних 3 лет в Центре функцио-

нируют коррекционные группы для детей с психоневрологическими проблемами, задержкой психического развития и сложными недостатками развития. Для них создаются условия, приближенные к домашним и способствующие социальной реабилитации и адаптации. Им обеспечивается лечебно-реабилитационная познавательная, игротерапевтическая и иная деятельность, а также процесс возможного самообслуживания.

В реабилитации детей данной категории применяются различные методы и технологии в специально оборудованных помещениях

- в сенсорной комнате
- в комнате социально-бытовой адаптации
- в комнате Монтессори-педагогике

Сенсорная комната – это комплекс, который состоит из множества стимуляторов. К ним относятся проекторы специальных эффектов, световые трубки, фиброволокна, мерцающий бассейн, специальная музыка, пуфики с наполнителем из гранул и т.д. Занятия в сенсорной комнате предназначены для обеспечения

детей с ограниченными возможностями умения самостоятельно влиять на окружающую среду с целью получения приятных ощущений от света, звука, движения, прикосновений и вкусовых раздражителей

В Центре для детей создана комната социально-бытовой адаптации, пространство которой разбито на несколько игровых зон: прихожую, столовую, кухню, спальню, почту, магазин, школу. Играя там, дети учатся адекватно вести себя в различных бытовых ситуациях. Благодаря таким занятиям они становятся более самостоятельными, способными обслужить себя, приобретают навыки общения. Совместная деятельность способствует обогащению словарного запаса и развитию связной речи.

По окончании обучающего курса по Монтессори-педагогике специалисты Центра «СУВАГ» стали активно внедрять данный метод в практику работы с детьми со сложной структурой дефекта.

В основе педагогической системы Монтессори лежит принцип недопустимости насилия над ребенком. Ребенок для нее — целостная активная личность с чрезвычайно интенсивной мотивацией к саморазвитию. Задача педагога заключается в том, чтобы подготовить развивающую среду и наблюдать за самостоятельной работой ребенка, предлагая свою помощь лишь тогда, когда это необходимо. Дидактический материал устроен таким образом, что позволяет малышу самому обнаруживать допущенные ошибки, а это, по мнению Монтессори, развивает внимательность ребенка, его ответственность и уверенность в себе. Комната, где занимаются дети, разделена на пять зон: зону практической жизни, где ребенок развивает навыки самообслуживания; зону сенсорного развития, где представлены материалы для развития зрения, слуха,



Занятие в сенсорной комнате



Занятие в комнате социально-бытовой адаптации



Занятие в среде Монтессори

обоняния, осязания и т.п.; математическую, языковую зону. Детям предоставляют возможность заниматься с теми материалами, с которыми им в данный момент интересно и хочется заниматься, доверяясь природе ребенка и давая возможность действовать заложенным в ней созидательным силам. В центре внимания – ребенок с его индивидуальными потребностями, уникальной и неповторимой жизнью. Его обращение ко взрослому «Помоги мне это сделать самому» является ключевым в педагогике Монтессори. Педагоги, по ее мнению, – это только помощники, которые создают подготовленную для саморазвития и самовоспитания ребенка среду, а также исследователи-наблюдатели: «Если научной педагогике суждено родиться из изучения личности, то это изучение должно заключаться в наблюдении свободных детей».

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.

В 2007 году Центр «СУВАГ», наработав положительный опыт реабилитации детей с нарушениями слуха и речи, имея опыт проведения региональных, республиканских и международных научно-практических конференций, получил **лицензию** на дополнительную профессиональную образовательную деятельность в подготовке специалистов по коррекционной педагогике по верботональному методу.

В 2007-2010 гг. проведено 9 курсов повышения с выдачей удостоверения государственного образца. К чтению лекций на курсах привлекаются специалисты Центра и преподаватели вузов Дальнего Востока,

Сибири, а также ведущие специалисты Поликлиники «СУВАГ» (г. Загреб, Хорватия). На курсах обучились педагоги-дефектологи, психологи, воспитатели общеобразовательных учреждений, коррекционных школ 1,2 вида, ГУСО из республики, Сибири и Дальневосточного региона (Красноярск, Минусинск, Улан-Удэ, Хабаровск, Благовещенск, Якутск и др.)



Курсы повышения квалификации. Реабилитация и социальная адаптация детей с нарушениями слуха с использованием верботонального метода



Круглый стол по итогам курсов повышения квалификации



Семинар-практикум по социальной психологии проводит Чебарыкова С. В., зав. кафедрой «Специальная психология», канд. психологических наук Дальневосточного государственного гуманитарного университета г. Хабаровск



ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ

Журнал принимает работы, посвященные различным проблемам реабилитации детей-инвалидов.

Работы, не оформленные в соответствии с правилами, а также работы, которые были опубликованы в других изданиях, к публикации не принимаются.

Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля изложения, не оказывающих влияния на содержание. Редакция может потребовать от автора представления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки рецензентом степени соответствия исходных данных и содержания статьи.

При направлении статьи в редакцию следует руководствоваться **следующими правилами**:

Статья должна быть напечатана в формате DOC (MS Word) через 2 интервала на бумаге формата А4 (210x297 мм), ориентация книжная. Размеры полей: верхнее, нижнее – 20 мм, левое, правое – 25 мм. Шрифт Times New Roman Cyr размером 12 пунктов, черного цвета, выравнивание по ширине. Интервалы между абзацами отсутствуют. Первая строка – отступ на 6 мм.

На 1-й странице указываются УДК, название статьи, фамилия, инициалы автора, полное название учреждения и его подразделения, из которого выходит статья. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью условных обозначений соотнести каждого автора с его организацией.

Статья визируется руководителем учреждения или подразделения (зав. кафедрой), к ней прилагается сопроводительное письмо. Последняя страница текста статьи в обязательном порядке подписывается всеми авторами, с указанием имени, отчества и фамилии, почтового адреса, телефона и факса (служебного или домашнего) и/или адреса электронной почты.

Объем оригинальной работы не должен превышать 15 страниц машинописного текста, сообщений – 6, лекций – 20, обзора литературы – 25, рецензий, обсуждений и комментариев – 5 страниц. При подготовке обзорных статей рекомендуется ограничивать библиографический список 50 источниками.

Объем графического материала – минимально необходимый. Если рисунки опубликованы ранее, необходимо указать оригинальный источник и представить письменное разрешение на их воспроизведение. Рисунки и схемы в электронном виде представить с расширением JPEG (разрешение 300 dpi, цвет – оттенки серого). На отдельном листе прилагаются подристочные подписи в порядке нумерации рисунков.

План построения оригинальных статей: введение, материалы и методы, результаты,

обсуждение (допускается объединение разделов «результаты» и «обсуждение»), выводы и библиографический список.

В разделе «материалы и методы» должна быть ясно описана организация проведения данного исследования. Желательно указать вариант исследования. Должны быть описаны критерии включения в исследование и исключения из него. Обязательно указывать критерии распределения объектов исследования по группам. Необходимо подробно описать использованную аппаратуру и диагностическую технику с указанием ее основной технической характеристики. При использовании общепринятых методов исследования необходимо привести соответствующие литературные ссылки.

ФИО авторов и название статьи, резюме и ключевые слова представлять на двух языках – русском и английском.

Также для включения статьи во Всероссийский индекс цитирования просим ОБЯЗАТЕЛЬНО указать в конце каждой статьи полные фамилию, имя и отчество всех авторов и их места работы с адресом.

Резюме (для оригинальных и обзорных статей) должно обеспечить понимание главных положений статьи.

Таблицы должны иметь заголовок и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Каждая таблица набирается на отдельной странице и печатается через 1 интервал. Фототаблицы не принимаются.

Измерения приводятся по системе СИ и шкале Цельсия. Сокращения отдельных слов, терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме.

При составлении библиографического списка необходимо руководствоваться требованиями ГОСТ 7.8-2000, 7.82-2001, 7.83-2001 (действующего с 2004 г.)

К публикации в одном номере издания принимается не более одной статьи одного первого автора.

Плата с аспирантов за публикацию рукописи не взимается.

Авторам необходимо представить электронную версию статьи на адрес электронной почты **naordi@yandex.ru** для предварительного рецензирования статьи редакцией, и при положительном решении о публикации, авторам необходимо представить два печатных экземпляра рукописи, соответствующих требованиям редакции на адрес: **142031, Московская область, п/о Лукино, ФГУ РРЦ «Детство», редакция журнала «Детская и подростковая реабилитация».**

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

УДК 616.711-085.828

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

С.Н. Шилов¹, О.М. Павлова², Н.А. Шнайдер³

¹«ГОУ ВПО Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева Федерального агентства образования и социального развития», кафедра специальной психологии,

²Городская клиническая больница № 6 имени Н.С. Карповича,

³ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития», Красноярск

THE EMPLOYMENT OF CONTEMPORARY METHODS OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS IN OBJECTIVE ESTIMATION OF EXPRESSIVENESS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER SYNDROME

S. N. Shilov¹, O. M. Pavlova², N. A. Shnaider³

¹Krasnoyarsk State Teacher's Training University named after V.P. Astaf'ev,

²Social Psychology Department; Municipal Clinical Hospital № 6 named after N.S. Karpovich;

³Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voyno-Yasentsky, Krasnoyarsk

РЕЗЮМЕ

Статья рассчитана на врачей-психоневрологов, специалистов по функциональной диагностике, студентов медицинских и биологических вузов, а также родителей детей, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. В статье представлен обзор проблемы СДВГ, описаны один из последних методов немедикаментозной коррекции СДВГ с использованием методов нейробиоуправления. Кроме того, статья знакомит с новыми подходами к диагностике этого синдрома с использованием современных методов функциональной диагностики.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, диагностика, БОС-терапия, электроэнцефалография, функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

SUMMARY

The article is intended for neuropsychiatrists, experts in functional diagnostics, students of medical and biological faculties, and also parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome. The review of ADHD problems is presented in the article; some of the latest methods of non medicamentous correction of this syndrome with use of methods neurotherapy are described. Besides, the article acquaints with new approaches to diagnostics of this syndrome with use of modern methods of functional diagnostics.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome, diagnostics, the Biofeedback-therapy, electroencephalography, a functional magnetic resonance imaging (fMRI), a magnetic resonance imaging (MRI).

Далее – содержание статьи.

ПРАВИЛА РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ

Рукописи, поступившие в редакцию журнала «Детская и подростковая реабилитация», рецензируются непосредственно в редакции. При необходимости для рецензирования привлекаются сторонние специалисты, работающие в научных направлениях, соответствующих теме статьи.

Рецензирование проводится конфиденциально. Рецензенты уведомляются о том, что присланные им рукописи являются интеллектуальной собственностью авторов и относятся к сведениям, не подлежащим разглашению.

Рецензия дает объективную оценку статье, содержит обоснованный всесторонний

анализ ее достоинств и недостатков. В рецензии отражаются замечания рецензента и вывод о возможности опубликования статьи в представленном виде, либо о необходимости доработки статьи, либо о нецелесообразности ее опубликования.

При положительной рецензии ее копия направляется редактором автору с указанием сроков публикации. Оригиналы рецензий хранятся в редакционной коллегии в течение 1 года со дня публикации статей и по запросам предоставляются в экспертные советы ВАК.

Если в рецензии имеется указание на необходимость внесения исправлений, то статья направляется автору на доработку.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА ПЕЧАТИ И РОЗНИЦЫ «ПРЕССА РОССИИ» НА I ПОЛУГОДИЕ 2011 ГОДА

«ЛФК И МАССАЖ.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

Для индивидуальных подписчиков..... **44018**

Для предприятий и организаций **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Для индивидуальных подписчиков..... **82493**

Для предприятий и организаций **82494**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

«РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ»

Для индивидуальных подписчиков..... **83256**

Для предприятий и организаций **83257**

(периодичность: 1 номер в полугодие)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ» НА I ПОЛУГОДИЕ 2011 ГОДА

«ЛФК И МАССАЖ.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»

Для индивидуальных подписчиков..... **44018**

Для предприятий и организаций **44019**

(периодичность: 6 номеров в полугодие)

По вопросам подписки обращаться в редакцию
по тел.: (495) 755-61-45, 784-70-06

Дизайн и верстка

Press-Art

По вопросам размещения рекламы
в журнале обращаться в редакцию по
тел.: (495) 973-32-92
E-mail: naordi@yandex.ru

Президент Общероссийского общественного фонда
«Социальное развитие России» д.м.н., профессор
Фарид Анасович Юнусов

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Минпечати РФ ПИ № 77-12750 от 31 мая 2002 г.
Лицензия на издательскую деятельность Минпечати РФ ИД № 05368 от 12 июля 2001 г.
Тираж 2000 экз. Отпечатано в ООО «Пресс-Арт». Заказ № 1498. Цена свободная.