

Министерство образования и науки Российской Федерации
Министерство образования и науки Забайкальского края
ФГБОУ ВО «Забайкальский государственный университет»
ГУ «Центр психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи «Дар» Забайкальского края»
Медицинский университет Софии, Болгария

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ
(ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ РОССИИ И БОЛГАРИИ)**

Учебно-методическое пособие

**Чита
2021**

УДК 376: 616.89 (082)
ББК 74.59: 88.729: 56.14я431
Ч 459: Ю97.29: 56.14я431
Т 338

Рецензенты

Ю.Ю. Шурыгина, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой социальных технологий, профессор Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

М. Александрова, д-р мед. наук, профессор, декан факультета общественного здоровья Медицинского университета Софии, Болгария

Авторский коллектив:

*А.Д. Богданова, Н.Н. Василева, О.В. Гофман, С.Н. Губасарян, И.А. Ерилова,
Ю.В. Зайцева, А.А. Костина, С.Т. Кохан, Т.А. Кузнецова, О.П. Куприянова, С.М. Ли,
А.В. Лукина, Е.А. Музыкаина, Е.В. Некрасова, Л.А. Окладная, А.А. Панькова,
О.Е. Подъявиллова, Т.Н. Стромиллова, А.З. Терзиева,
А.Н. Устюшенко, М.М. Цыренова*

Т 338 Теоретические и практические аспекты комплексного сопровождения детей с отклонениями в развитии: учеб.-метод. пособие / под ред. С.Т. Кохана, С.М. Ли. - Чита: ГУ ЦППМСП «Дар», 2021. - 225 с.

ISBN 978-5-9293-2662-2

В пособии рассмотрены актуальные вопросы медицинского, социального и психолого-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии.

В него включены работы ученых и практиков России и Болгарии, затрагивающие теоретические и медицинские аспекты отклонений в развитии детей с детским церебральным параличом, с синдромом Дауна, с расстройствами аутистического спектра.

В данном издании представлен практический опыт коррекционно-развивающей деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, дефектологов по вопросам развития, сопровождения, коррекции и воспитания детей из данных нозологических групп.

Пособие предназначено для широкого круга читателей: студентов, учителей-логопедов, дефектологов, педагогов-психологов, воспитателей и методистов, руководителей и педагогов образовательных и социально-реабилитационных учреждений, родителям.

**УДК 376: 616.89 (082)
ББК 74.59: 88.729: 56.14я431
Ч459: Ю97.29: 56.14я431**

ISBN 978-5-9293-2662-2

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Введение	7
Глава 1. Синдром Дауна: медико-педагогические аспекты отклонений в развитии детей	
1.1. Медицинские особенности формирования синдрома Дауна.....	10
1.2. Междисциплинарная команда, работающая с особыми детьми.....	20
1.3. Социально-педагогические аспекты заболевания.....	22
1.4. Психолого-педагогическая характеристика детей с синдромом Дауна.....	26
1.5. Комплексная коррекционно-реабилитационная работа с детьми с синдромом Дауна (на примере центра «ДАР»).....	32
1.5.1. Психологическое сопровождение родителей, имеющих детей с синдромом Дауна.....	33
1.5.2. Коррекционные игры по формированию игровой деятельности дошкольников с синдромом Дауна.....	36
1.5.3. Создание положительного взаимодействия с педагогом в период игровой практики.....	37
1.5.4. Развитие игровых действий на основе подражательности.....	43
1.5.5. Возможности логопедической коррекции с детьми с синдромом Дауна.....	46
1.5.6. Применение нетрадиционных техник рисования в работе с детьми с синдромом Дауна.....	50
1.5.7. Применение языковой программы МАКАТОН для формирования коммуникативных навыков у детей с синдромом Дауна.....	53
1.5.8. Творчество без границ: нетрадиционные техники рисования в работе с детьми с синдромом Дауна.....	57
1.6. Современные представления об адаптации и качестве жизни детей с синдромом Дауна	62
1.7. Этические проблемы.....	66
1.8. Прогнозы при своевременной помощи.....	69
Тест контроля знаний.....	73
Литература.....	74
Глава 2. Аутизм и основы его коррекции	
2.1. Понятие об аутизме: классификация, распространение гипотезы, факторы и характеристики заболевания.....	77

2.2. Психолого-педагогическая и социальная характеристика детей с аутизмом	85
2.3. Терапевтические методы лечения аутизма	88
2.4. Социальное функционирование аутичных людей и их семей.....	102
2.5. Возможности психолого-педагогической коррекции детей с аутизмом (на примере центра «ДАР»).....	106
2.5.1. Междисциплинарный подход оказания помощи детям с РАС.....	106
2.5.2. Использование игрового комплекта «Пертра» в работе учителя-дефектолога.....	109
2.5.3. Группы дневного пребывания как начальный этап подготовки ребенка с РАС к инклюзивному образованию в ДОУ.....	115
2.5.4. Комплексные занятия с элементами сказкотерапии в группах кратковременного пребывания.....	122
2.5.5. Формирование речевых функций у детей раннего и дошкольного возраста с аутистическими расстройствами.....	126
2.5.6. Сенсорная интеграция в коррекционно-развивающей деятельности с детьми с интеллектуальными нарушениями.....	131
2.5.7. Использование наглядного материала в обучении детей младшего школьного возраста с РАС.....	136
2.5.8. Роль учителя-дефектолога в работе с детьми с РАС.....	141
2.5.9. Использование приемов прикладного анализа поведения в коррекционной работе с детьми с РАС.....	144
2.6. Этические аспекты для людей с аутизмом	148
Тест контроля знаний.....	149
Литература.....	150
Глава 3. Детский церебральный паралич (ДЦП)	
3.1. Понятие и сущность диагноза ДЦП.....	154
3.2. Клинические формы и сопутствующие симптомы ДЦП.....	156
3.3. Диагностика ДЦП.....	158
3.4. Междисциплинарная команда, работающая с детьми с ЦП.....	159
3.5. Лечение ДЦП.....	163
3.6. Физиотерапевтические методы лечения ДЦП, применяемые в Болгарии.....	166
3.7. Комплекс реабилитационных мероприятий при ДЦП в России.....	170
3.8. Особенности логопедической работы с детьми дошкольного возраста при ДЦП (на примере центра «ДАР»).....	177
3.9. Психолого-педагогическая характеристика и сопровождение детей с ЦП.....	186

3.10. Социальные аспекты ДЦП.....	193
3.11. Этические аспекты оказания помощи и коммуникационные особенности у детей с ЦП.....	196
3.12. Современные представления о проблемах, адаптации и качестве жизни детей с ЦП.....	199
Тест контроля знаний.....	204
Литература.....	205
Заключение.....	210
Список условных сокращений.....	212
Глоссарий.....	213
Сведения об авторах.....	219

Предисловие

Важность данного издания состоит в том, что рассматриваемые в нем вопросы, крайне актуальны при осуществлении комплексного подхода оказания помощи детям, имеющим психофизические нарушения.

Благодаря тесному сотрудничеству российских и болгарских коллег была представлена возможность рассмотреть и систематизировать некоторые существующие аспекты работы с особыми детьми: с синдромом Дауна, ДЦП, аутизмом, как в Болгарии, так и в России (на примере ГУ ЦППМиСП «ДАР» Забайкальского края).

20 - летний опыт работы сотрудников центра ДАР, постоянное их совершенствование, индивидуализация в выборе методов и форм деятельности, несомненно, заслуживает особого внимания, изучения и внедрения. Своим профессиональным опытом коллеги охотно делятся не только с работниками из забайкальских образовательно-реабилитационных центров, но и представляют свои результаты на всероссийских и зарубежных площадках.

В издании довольно развернуто описаны комплексные технологические подходы, основные методы и методики, этические особенности взаимоотношений при оказании нуждающимся в оказании помощи детям.

Международный коллектив авторов надеется, что трансдисциплинарное участие ученых, педагогов и практиков в написании и издании труда, позволит расширить кругозор всех заинтересованных читателей по изложенному материалу.

Данное пособие может быть полезно для студентов, педагогов, специалистов всех уровней, заинтересованных в повышении эффективности процессов реабилитации и социализации детей с отклонениями в развитии.

Введение

В России, общая численность детей с инвалидностью неуклонно растет и в настоящее время регистрируется на уровне более 680 тысяч, что 2 раза выше цифр, чем в европейских странах. Ежегодный прирост составляет не менее 19 тысяч человек. Создание условий для адаптации, социализации и обучения детей с разными нозологиями является одной из основных приоритетных задач для любого государства.

Все науки, изучая сущность своего объекта, пытаются внести определенный элемент упорядоченности в собственные представления о нем. Исследуемые явления объединяются в разнообразные группы, типы и классификации.

Издание пособия приурочено к 20-летию юбилею Государственного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР» Забайкальского края.

Учебно-методическое пособие «Коррекционно-педагогические аспекты сопровождения детей с отклонениями в развитии» состоит из 3-х глав представляющих теоретические аспекты отклонений в развитии, проблемы онтогенеза и дизонтогенеза, причины возникновения этих нарушений, а также медицинские, социальные и психолого-педагогические взгляды на существующие отклонения в развитии у детей с синдромом Дауна, аутизмом и ДЦП.

В центре «ДАР» педагоги апробируют палитру методов и технологий работы с особыми детьми, преследуя главную цель – обеспечение эффективной коррекционно-развивающей деятельности, которая, в первую очередь, направлена на сохранение самооценности и неповторимости дошкольного периода детства. Учитывая, что дети с особыми образовательными потребностями с раннего детства имеют изменения в условно-рефлекторной деятельности, где наблюдается

разбалансированность процессов возбуждения и торможения, специалисты Центра стараются каждый образовательный день наполнить интересными и яркими событиями.

Правильное, педагогически оправданное взаимодействие участников коррекционно-развивающей деятельности, помогает создать доброжелательную, эмоционально-положительную обстановку в каждом кабинете. На наш взгляд, чрезвычайно важен стиль общения педагога с детьми, уважение к личности ребенка, искреннее внимание к его особенностям, готовность прийти на помощь и поддержать его. Общий позитивный настрой убеждают родителей лучше всяких слов о любви и заботе о каждом ребенке.

Приоритетом, помимо общеизвестных взглядов на существующие проблемы по вышеуказанным патологиям является *возможность педагогической коррекции* как одного из факторов комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения различных категорий детей с отклонениями в развитии. При этом, определяются основные направления и технологии коррекции. Эта доминантная линия просматривается во всех главах и акцентирует внимание читателей на вопросах, связанных с практикоориентированной работой и стратегией актуального воздействия в системе комплексного сопровождения детей и подростков с интеллектуальными нарушениями и поражением опорно-двигательного аппарата.

По нашему мнению, эффективность коррекционно-развивающей деятельности зависит, главным образом, от того, каким педагогическим инструментарием пользуются педагоги. Именно, используемые ими дидактические основы позволяют создать психолого-педагогические условия организации образовательной деятельности.

Издание разработано совместно с учеными и специалистами-практиками из г. Чита, Забайкальский край, Россия и г. София, Болгария.

Главы содержат иллюстрационный материал, касающийся, главным образом, комплексного подхода в социально-адаптационном и психолого-педагогическом сопровождении.

Учитывая образовательный контент данного пособия, каждая из 3-х глав структурирована сведениями научного и прикладного характера и содержит систематизированное изложение в форме, удобной для изучения и использования в практической деятельности.

Необходимо отметить, что в пособии включены не только общедоступные знания, но и практический материал сотрудников центра «ДАР». Каждая глава заканчивается вопросами для проверки остаточных знаний и списка использованной литературы.

Для студентов, обучающихся в колледжах и вузах, желающих посвятить себя работе с детьми, имеющими вышеописанную патологию и их семьям, данное учебно-методическое пособие будет весомым дополнением в образовательном процессе.

Пособие предназначено для широкого круга специалистов: медицинских работников, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, педагогов-психологов, воспитателей и методистов, руководителей и педагогов общеобразовательных организаций, родителям.

Авторы надеются, что данный труд привлечет внимание представителей научно-образовательной и практической сферы жизнедеятельности, российско-болгарских коллег.

ГЛАВА 1

Синдром Дауна: медико-педагогические аспекты отклонений в развитии детей

1.1. Медицинские особенности формирования синдрома Дауна

Синдром Дауна (СД) или трисомия 21 - это тип геномной аномалии у людей, которая возникает из-за появления третьей хромосомы в 21-й гомологичной паре, отсюда и термин «трисомия 21». В результате этого, у людей, рожденных с этим синдромом, 47 хромосом, а не 46, как у здоровых людей. Это наиболее распространенная генетическая аномалия, которая встречается у представителей всех национальностей, этнических групп, рас и социальных слоев. Обычно, причиной возникновения этой аномалии является сбой в делении клеток, но факторы, вызывающие подобный сбой, остаются неясными. С уверенностью можно сказать, что родители не виноваты ни в самом рождении ребенка с синдромом Дауна, ни в том, что они делали до или во время беременности, что могло бы привести к дополнительному стимулу к появлению трисомии 21. Клинические признаки синдрома были впервые описаны в 1866 году английским врачом Дауном, именем которого и назван синдром.

Причины синдрома Дауна: яйцеклетка и сперматозоид обычно содержат по 23 хромосомы каждая. При формировании зиготы, из которой развивается будущая особь, один ряд из 23 хромосом идет от матери, а другой - от отца. Таким образом, получается нормальный набор хромосом - 46. У здорового человека от отца идет только одна 21-ая хромосома и от матери - только одна 21-ая хромосома. В зиготе две 21-ых хромосомы, и это нормально. При синдроме Дауна, однако, в

оплодотворенном яйце три 21-ых хромосомы, т.е. болезнь возникает из-за сбоя в делении клеток. У ребенка с синдромом Дауна - от одного из родителей (или от отца, или от матери) идет не одна 21-ая хромосома, а две 21-ых хромосомы, т.е. путем слияния генетического материала спермы и яйцеклетки получается клетка с тремя копиями 21-ой хромосомы. Когда оплодотворенная яйцеклетка делится, эта «ошибка» копируется в каждой последующей клетке будущего эмбриона. Итак, у людей с синдромом Дауна 47, а не 46 хромосом. У большинства детей с синдромом Дауна (95%) имеет место трисомия 21 (дополнительная 21-ая хромосома во всех клетках), у некоторых (около 3-4%) наблюдается транслокация дополнительной хромосомы (где она прикреплена к хромосоме из другой пары хромосом), а около 1-2% являются мозаичными (только некоторые из клеток являются трисомными, а другие - нормальные). Тип хромосомной модели существенно не влияет на модель трудностей в обучении, которые обычно сопровождают детей с синдромом Дауна. Дети с мозаичной формой могут отставать, по крайней мере, в некоторых областях своего развития, но испытывают аналогичный профиль языковых и учебных трудностей.

Частота - коэффициент рождения ребенка с синдромом Дауна составляет примерно 1 из 700, и он одинаков для всех стран, всех рас и всех социальных групп. Ежегодно в Болгарии рождаются около 100 таких детей. Самое важное, что нужно знать о людях с синдромом Дауна - это то, что они скорее похожи на всех остальных, чем отличаются от них. Для 20-летних матерей, риск рождения ребенка с синдромом Дауна составляет примерно 1 из 2 000, в то время, как для 45-летних матерей - 1 из 45. Однако, поскольку число детей, рожденных от более молодых матерей, намного больше, чем число детей, рожденных от матерей более старшего возраста, можно сказать, что 80% детей с синдромом Дауна рождаются у женщин моложе 35 лет.

Диагноз - синдром Дауна обычно диагностируется при рождении ребенка или вскоре после этого. Первоначально, диагноз основывается на внешних физических характеристиках, которые обычно наблюдаются у младенцев с синдромом Дауна. Диагноз синдрома Дауна следует ставить как можно раньше, когда биологические условия оптимальны для дальнейшего развития ребенка. Из-за их типичных признаков (стигматических признаков) в их физическом развитии (цит. Зл.Добрев, 2005), детей с синдромом Дауна называют стигматизированными детьми. Они похожи друг на друга, почти как «близнецы», вне зависимости от расы и пола. Диагноз должен быть подтвержден исследованием хромосом (кариотипа), а также определением формы синдрома - регулярной, мозаичной или транслокационной (наследственной). Кариотип обеспечивает визуальное представление хромосом, сгруппированных по размеру, количеству и форме. Хромосомы можно изучать путем исследования клеток крови или тканей.

Скрининг на синдром Дауна – Некоторые акушеры и гинекологи рекомендуют предлагать варианты скрининга и диагностики синдрома Дауна абсолютно всем беременным женщинам, независимо от их возраста. Наличие синдрома Дауна можно обнаружить во время беременности. В некоторых странах всем беременным женщинам предлагают анализы крови, с помощью которых можно попытаться предсказать вероятность синдрома Дауна у ребенка. Этот тест используется для информирования родителей, находящихся в группе риска и для обозначения риска у тех, кто может пожелать пройти амниоцентез (тест, при котором в матку вводится игла для сбора околоплодных вод, содержащих клетки плода), который является точным способом определения наличия лишней хромосомы. В некоторых странах положительный диагноз амниоцентеза может

привести к предложению о прерывании беременности между 16 и 20 неделями беременности.

Скрининговые тесты - они могут определить вероятность того, что беременная женщина вынашивает плод с синдромом Дауна. Эти тесты не ставят диагноз, они не могут «сказать» наверняка, есть ли у ребенка синдром Дауна;

Диагностические тесты - они могут определить, есть ли у вашего ребенка синдром Дауна, т.е. они ставят диагноз.

Типы синдрома Дауна

Существует 3 типа синдрома Дауна:

1. Стандартный - это наиболее распространенный тип синдрома Дауна, встречающийся примерно в 94% всех случаев. Причина этого типа синдрома Дауна неизвестна.

2. Смещенный – он наблюдается примерно у 3% детей с синдромом Дауна. Часть 21-ых хромосом прикрепляются к другой хромосоме таким образом, что эти две хромосомы сливаются в одну новую большую хромосому и движутся вместе как одна. Половина людей развивает подобный тип, потому что у одного из родителей присутствует аналогичное «скрепление» в организме. Шансы на то, что дети унаследуют этот тип синдрома Дауна, высоки.

3. Смешанный - этот тип присутствует у 2-3% людей с синдромом Дауна и возникает тогда, когда клетки с дополнительной 21-ой хромосомой смешиваются с другими «нормальными» клетками.

Типичные признаки и симптомы: Все люди с синдромом Дауна обладают определенными физическими характеристиками, однако, некоторые из наиболее распространенных признаков, которые вы можете заметить у младенцев, это:

Снижение мышечного тонуса: худой и расслабленный новорожденный (медлительный ребенок по сравнению со своими

сверстниками при поворотах, хватании, вставании, ходьбе). Когда ребенок внезапно наклоняется, он не разводит руки, как его сверстники;

- Небольшой вес и медленное его увеличение;

- Относительно небольшая, в сравнении с телом, голова ребенка (микроцефалия, младенцы с синдромом Дауна имеют примерно на 3% меньше окружность головы, чем обычно. Их череп меньше и имеет, скорее, сферическую форму);

- Короткая шея; маленькие уши;

- Слегка приплюснутый профиль лица, широкое лицо, небольшой подбородок;

- Восходящий наклон к глазам, красные веки, глазные щели - косые - монголоидный тип; косоглазие; много белых точек на радужке; относительно меньшее расстояние между глазными яблоками (гипотелоризм); кожная складка прикрывает внутренний уголок глаза;

- Плоская спинка носа (недоразвитая (гипопластическая) кость носа, курносый нос не имеет решающего значения, так как, возможно, является наследственным фактором);

- Маленький рот и относительно большой язык, из-за чего язык постоянно высунут;

- Относительно короткая плечевая кость;

- Большой и вялый живот, как у лягушки;

- Кишечная непроходимость (ileus, нарушение прохождения пищеварительного тракта)

- У ребенка может быть определенная складка на ладони, хотя у некоторых детей и без синдрома Дауна она есть; короткие пальцы стопы, относительно увеличенное расстояние между первым и вторым пальцами стопы, недоразвитая (гипопластическая) или отсутствующая (апластическая) средняя фаланга мизинца; Незначительное искривление одного или обоих мизинцев рук в сторону среднего пальца

(камптодактилия), которое сопровождается одновременным укорочением сухожилий и перепонки между пальцами, что не позволяет выпрямить палец (клинодактилия);

- Примерно в 20% случаев наблюдается нестабильность атлантаксиального сустава (между первым и вторым шейными позвонками), что может привести к повреждению спинного мозга у 1-2% пациентов;

- Вывих тазобедренного сустава без наличия травм;

Синдром Дауна - это практически единственная хромосомная аномалия, когда диагноз можно поставить клинически, то есть, ориентируясь только на внешние признаки. Однако в любом случае необходимо проводить кариотипирование для определения формы синдрома.

Интеллектуальные расстройства: отставание в развитии основных психических процессов - внимания, памяти, мышления.

- Замедленные реакции при выполнении задач и определенные трудности в обучении, но, как и в случае с любым ребенком, невозможно предсказать способности детей;

- Умственная отсталость IQ 50%. Важно отметить, что это не обязательно - каждый ребенок с синдромом Дауна особенный и имеет разный потенциал, чего нельзя недооценивать. Умственные способности взрослых с синдромом Дауна близки к умственным способностям 8-9-летнего ребенка. У большинства людей наблюдаются легкие (IQ: 50-70) или умеренные (IQ: 35-50) умственные нарушения, но имеются случаи и с тяжелой умственной отсталостью (IQ: 20-35).

- Ребенок может быть слишком чувствителен к свету, шуму, прикосновениям, не переносить еду определенной консистенции.

Проблемы со здоровьем, сопровождающие детей

Медицинские аспекты при этом синдроме включают в себя

прогнозирование и преодоление последствий состояния, распознавание осложнений дополнительных заболеваний, регулярные медицинские осмотры и консультации со специалистами, помощь детям и семьям в решении всего, что связано с этим синдромом.

Сенсорные расстройства

Более чем у половины людей с синдромом Дауна встречаются нарушения слуха и зрения. От 20 до 50% людей страдают косоглазием, около 15% имеют катаракту, которая может быть врожденной. Также часто развиваются кератоконус и глаукома. Проблемы со слухом обнаруживаются у 50-90% детей с синдромом Дауна и очень часто связаны с воспалением среднего уха с выпотом, наблюдаемым у 50-70% людей, а также с хроническими ушными инфекциями. Инфекции уха часто начинаются на первом году жизни и частично возникают из-за дисфункции евстахиевой трубы. Накопление ушной серы может привести к потере слуха из-за непроходимости наружного слухового канала. Даже легкая потеря слуха может иметь негативные последствия для развития речи, понимания речи и обучения.

Сердечно-сосудистые заболевания

Частота врожденных пороков сердца у младенцев с синдромом Дауна составляет примерно 40%, из которых 80% имеют предсердно-желудочковые дефекты, а с возрастом более распространенными становятся проблемы с митральным клапаном, даже у тех, кто при рождении не имел проблем с сердцем.

Опухоли

Увеличивается риск развития лейкемии и злокачественных новообразований яичек. У детей с синдромом Дауна злокачественные новообразования кроветворной ткани встречаются в 10-15 раз чаще.

Эндокринные расстройства

Наблюдаются проблемы с щитовидной железой, чаще всего

гипотиреоз. Нарушение функции щитовидной железы может быть связано с пониженной или отсутствующей функцией железы при рождении, а может развиться и позже в результате аутоиммунных процессов. Также распространен диабет 1 типа.

Желудочно-кишечные расстройства

Наблюдаются структурные дефекты, гастроэзофагеальный рефлюкс, целиакия. Запор встречается почти у половины людей с синдромом Дауна, что может привести к поведенческим проблемам.

Заболевания, поражающие полость рта

У людей с синдромом Дауна чаще развивается гингивит, а также тяжелый периодонтит. Наблюдается более ранняя потеря зубов, особенно передних нижних. Различные исследования показывают, что эти заболевания, вероятно, являются результатом ослабленной иммунной системы, что также способствует увеличению числа грибковых инфекций в полости рта. Другие распространенные нарушения, поражающие ротовую полость, включают: увеличенный гипотонический язык, губы, покрытые корками; дыхание через рот; суженное небо с множеством зубов; недоразвитая верхняя челюсть; короткие корни зубов.

Лечение

Лекарства от синдрома Дауна до сих пор нет. Терапия полностью направлена на решение индивидуальных проблем каждого пациента. Лечение детей с синдромом Дауна должно включать социальную поддержку и курсы реабилитации, включающие занятия с психологами и логопедами в специальных реабилитационных центрах. В целях повышения эффективности реабилитационных мероприятий рекомендуется использовать ноотропные (стимулирующие развитие нервной системы) препараты, витамины группы В, поливитамины, белки, аминокислоты, микроэлементы и другие.

Правильно организованный уход за детьми с синдромом Дауна, ранняя поддержка и психологическая помощь позволяют вырастить вполне адекватного ребенка, а родителям дает возможность вести обычный образ жизни и наслаждаться общением с малышом.

Исследования показывают, что с этим заболеванием наилучшими шансами обладают дети, живущие со своей семьей у себя дома. Однако, такой режим требует специальной подготовки, поддержки и обучения родителей, братьев и сестер. Воспитание ребенка с синдромом Дауна - непростая задача, но и настоящая награда. Раннее и систематическое вмешательство различных специалистов - психологов, специальных педагогов, логопедов - даст относительно хорошие шансы с точки зрения академических навыков.

Важно знать, что дети с этой проблемой в ответ на стимул испытывают те же эмоции, что и мы: они могут быть счастливыми, грустными, позитивными, подавленными или несчастными. Единственная разница в том, что они не могут выражать свои чувства, как другие.

Фертильность

Мужчины с синдромом Дауна обычно не могут иметь детей, а у женщин с синдромом Дауна рождаемость ниже, чем у тех, кто не страдает этим заболеванием. Менопауза обычно наступает в более раннем возрасте. Считается, что снижение фертильности у мужчин связано с нарушением выработки спермы или отсутствием половой активности.

Комплексный уход в детстве и зрелом возрасте:

Детство. С самого рождения ребенок должен находиться под наблюдением педиатра, который знает о специфических рисках для здоровья, связанных с синдромом Дауна.

Более зрелый возраст. К тому времени, когда они достигают

подросткового возраста, большинство молодых людей с синдромом Дауна здоровы и имеют те же медицинские потребности, что и остальная часть населения. В среднем и зрелом возрасте (старше 40 лет) взрослые с синдромом Дауна подвержены более высокому риску развития деменции и болезни Альцгеймера. Для этого важно вовремя установить правильный диагноз.

Медицинский протокол для людей с синдромом Дауна

У людей с синдромом Дауна часто наблюдаются изменения в развитии, структуре и функциях определенных органов или систем, которые могут привести к осложнениям. Иногда очень сильно ухудшающие их физическое здоровье и качество жизни. Если вовремя диагностировать и лечить на ранней стадии при надлежащем выполнении конкретной программы ранней профилактики, то многие из этих осложнений можно предотвратить. Предполагая, что хорошее здоровье является отправной точкой для интеллектуального развития, легко сделать вывод, что каждый человек с синдромом Дауна при хорошем физическом здоровье может полностью раскрыть свой потенциал.

Людям с синдромом Дауна, как и всем остальным, необходимы регулярные медицинские процедуры и уход. Но, в отличие от других, у них повышен риск врожденных пороков развития и могут развиваться некоторые заболевания, которые встречаются у них гораздо чаще, чем у людей без синдрома. Медицинское вмешательство направлено на предупреждение и своевременное лечение заболеваний, которые при их игнорировании могут привести к повышению заболеваемости и смертности. Следовательно, необходимо знать все о синдроме Дауна в смысле возникновения возможных медицинских осложнений и их частоте в разных возрастных группах.

Медицинским протоколом для людей с синдромом Дауна является

официальный документ Европейской ассоциации синдрома Дауна (EDSA). Его подготовил Alberto Rasore-Quartino (Италия) с помощью врачей и экспертов по синдрому Дауна из Италии, Испании, Бельгии, Франции, Германии, Словацкой Республики, Англии, Швеции и Ирландии. Применение протокола направлено на то, чтобы помочь педиатрам и врачам общей практики заботиться о людях с синдромом Дауна и способствовать улучшению их здоровья в любом возрасте. Этот протокол основан на предыдущих публикациях и личном опыте авторов, которые пытаются рассматривать наиболее важные медицинские аспекты и предлагать простые и исчерпывающие рекомендации. Это направляющие правила нацелены на получение различных результатов у детей и взрослых. Для детей они нацелены на оптимизацию реабилитационного процесса, а для взрослых - на сохранение приобретенных способностей. Они также включают в себя специальные рекомендации по потребностям образования и развития людей с синдромом Дауна в соответствии с современными представлениями о хорошем качестве жизни (*см. Приложение 1*).

1.2. Междисциплинарная команда, работающая с особыми детьми

Работа в команде обеспечивает активное участие каждого из ее членов, повышает внутреннюю и внешнюю мотивацию. Каждый профессионал участвует, опираясь на накопленный опыт и информацию, и это является предпосылкой для обмена новыми идеями. В совместной работе есть взаимозависимость и взаимодополняемость. При таком взаимодействии каждый член команды участвует в совместной работе со своими сильными сторонами - профессиональными навыками и знаниями. При командной работе больше вариантов решения проблемы.

Работа в команде гарантирует большую безопасность и уверенность в успехе при решении поставленных задач.

Междисциплинарная команда включает в себя:

Педиатра

Психолога

Логопеда

Реабилитолога / кинезитерапевта

Социального работника

Медсестру

Физиотерапевта

Эрготерапевта

Внешние специалисты, в зависимости от специфических нужд конкретного ребенка:

Персональный педиатр для повседневного ухода за ребенком.

Детский кардиолог.

Детский гастроэнтеролог.

Детский эндокринолог

Педиатр, специализирующийся на особенностях развития ребенка.

Детский невролог

Детский ЛОР

Детский офтальмолог.

Аудиолог

Роли и обязанности каждого члена команды должны быть четко определены, но при этом все они должны выполнять как конкретные, так и некоторые общие функции. Например, из-за сложности и объема собираемой информации, а также из-за взаимодополняемости наблюдений профессионалов из разных дисциплин, первичная оценка проводится многопрофильной командой специалистов. Каждый член команды вносит свой вклад в описание оценки в областях, связанных с

его / ее специальностью. Другие аналогичные совместные действия также выполняются в команде.

1.3. Социально-педагогические аспекты заболевания

Роль семьи. Рождение ребенка с синдромом Дауна приводит к кризису, который затрагивает всю семью, нарушается ее идентичность, структура и функционирование. Члены семьи не готовы справиться и управлять таким новым образом жизни, поскольку ребенок с ограниченными возможностями не оправдывает их ожиданий. Это событие приводит к смене ролей. Меняются эмоциональные потребности, появляются новые требования, зависящие от состояния ребенка, возникают конфликты и эмоциональная нестабильность. Меняющиеся отношения пары вызывают отчуждение между ее членами. Такие семьи часто распадаются. Семья должна адаптироваться к новой реальности - эмоционально перестроиться и реорганизоваться для того, чтобы справиться с воспитанием ребенка-инвалида. Эта ситуация связана с чувством уязвимости. Способность семей заботиться о своих детях и справляться со страданиями может быть поставлена под угрозу, уменьшится или вообще исчезнуть. Признавая важность участия семьи в уходе за такими детьми, необходимо оказывать помощь родителям для того, чтобы они могли справляться со своими обязанностями и поддерживать здоровые семейные отношения. Семьи детей-инвалидов сталкиваются с дополнительными перегрузками на всех уровнях: социальном, психологическом и финансовом.

Поддержка семьи: специфические потребности родителей детей с особыми потребностями связаны с необходимостью консультирования и помощи семьи, начиная с родильного отделения, а также поддержки при восстановлении, социализации и интеграции ребенка. От такого

диагноза в семье наступает кризис: родители не знают, что делать с таким необычным ребенком, они сбиты с толку. Медицинский персонал должен не только оказывать помощь, но и способствовать установлению первоначальных контактов между родителями и детьми.

Первая встреча родителей должна быть с врачом, который максимально доступно и откровенно ознакомит их с проблемой ребенка и его потребностями, вытекающими из болезни. Врач также является тем лицом, которое должно познакомить родителей со специалистом по поддержке семьи и в уходе за ребенком, а также с психологом, который поддержит семью на протяжении всего этапа принятия диагноза и переживаний. Для того, чтобы родитель принял особенности своего ребенка, он должен присутствовать на всех процедурах, которые с ним проводят. Родитель должен пройти стадию переживаний и прощания с желаемым ребенком, и таким образом освободить место и принять своего ребенка с его особенностями, диагнозами, потребностями и полюбить его - безоговорочно.

В последние годы политика поддержки детей и семей направлена на внедрение совершенно нового подхода к уходу за детьми, направленного на профилактику, раннее вмешательство, поддержку и обеспечение семьи или близкого к семье окружения для каждого болгарского ребенка.

Основные принципы

1. Действия по защите интересов ребенка в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка являются руководящим принципом, согласно которому интересы ребенка должны иметь приоритет над интересами всех других, включая родителей, потенциальных усыновителей, приемных родителей или сотрудников учреждения.

2. Семья является наилучшей средой для развития ребенка - все, кто работает в сфере деинституционализации, должны в равной степени

понимать негативное влияние институционального ухода на ребенка и важность воспитания ребенка в семейной среде.

3. Социальная интеграция детей имеет первостепенное значение - она должна быть достигнута путем предоставления всем детям возможности участвовать во всех аспектах общественной жизни, включая посещение местных детских садов и школ, а также пользование местными медицинскими, транспортными и другими общественными услугами.

Социальная поддержка: каждый ребенок имеет право на получение наилучшего терапевтического ухода и адекватной социальной поддержки. Цель состоит в том, чтобы дать возможность детям с особыми потребностями развить свой потенциал вдали от домашней изоляции в амбулаторных условиях. Для этого необходимо работать напрямую с детьми и их родителями, объединяя профессионалов, терапевтов и институции. Усилия также направлены на повышение осведомленности и социальной ответственности. Все, что делается, направлено на улучшение качества жизни детей с ограниченными возможностями и их семей. Каждому ребенку, если созданы все предпосылки для развития его ресурса, независимо от его специфики, предоставляется возможность реализовывать себя, учиться, участвовать в жизни общества.

Раннее вмешательство у детей с синдромом Дауна. Оно определяется как оказание поддержки семьям с младенцами и маленькими детьми и предоставление доступа к имеющимся ресурсам с целью улучшения развития ребенка и жизни его семьи.

В основном, используется подход, ориентированный на семью, что является новаторским для Болгарии. Он ставит во главу угла не только самого ребенка, но и всю его семью. Родители имеют возможность в партнерстве со специалистом определять приоритеты в развитии своего

ребенка и работать вместе для достижения поставленных ими целей с точки зрения улучшения состояния ребенка и создания благоприятной среды.

Преимущества раннего вмешательства у детей с синдромом Дауна:

- отвечает необходимости предотвращения отказа от детей, рожденных с ограниченными возможностями, с самого раннего возраста. Ребенка поддерживают во всех сферах его развития, при этом у родителей развиваются знания и навыки, позволяющие понять и способствовать развитию ребенка.

- предлагает поддержку таким детям и их семьям, способствуя раннему выявлению рисков для здоровья и развития детей.

- предоставляет услуги таким детям и их семьям с целью уменьшения последствий инвалидности. Стремится повлиять на существующие проблемы развития, а также предотвратить появление новых.

- оказывает значительное влияние на семью маленького ребенка с особыми потребностями. Родители часто чувствуют разочарование, социальную изоляцию, дополнительный стресс, тревогу и беспомощность. Это влияет на благополучие семьи, а значит, и на развитие ребенка.

- при помощи раннего вмешательства родители могут изменить в лучшую сторону свое представление о себе и своем отношении к ребенку, получить больше информации и навыков для поддержки его развития.

- предотвращается помещение детей в специализированные учреждения, повышается способность семей справляться с жизненными ситуациями и повышаются шансы ребенка в дальнейшей жизни. Все это дает экономические и социальные выгоды.

- поддержка раннего вмешательства имеет смысл для ребенка, его семьи и общества в целом. Она помогает детям добиваться лучших результатов, поддерживает социальную интеграцию, защищает права человека, поддерживает семьи и экономит ценные ресурсы общества.

- раннее вмешательство также приносит пользу обществу.

1.4. Психолого-педагогическая характеристика детей с синдромом Дауна

Цель: определение конкретных стратегий работы с ними в процессе коррекционно-лечебного воздействия и обучения.

Дети с синдромом Дауна имеют большой потенциал для развития в различных сферах и могут компенсировать свое отставание хорошо развитыми адаптивными и социальными навыками, а умственную отсталость - развитием эмоционального и социального интеллекта. Нельзя игнорировать тот факт, что помимо типичных черт синдрома, у каждого ребенка есть свои индивидуальные способности, а также генетически унаследованные способности и таланты родителей. Это определяет их разнообразие, а обратимые процессы повышения интеллектуальных способностей и социальных навыков для многих детей с этим синдромом становятся реальностью.

Когнитивные навыки у детей с синдромом Дауна нарушены в разной степени и могут различаться. Некоторые авторы утверждают, что когнитивный дефицит является основным маркером синдрома Дауна, а дополнительные нарушения развития у этих детей способствуют этому.

Ранняя психолого-педагогическая помощь детям с синдромом Дауна – это современный подход в обучении детей с синдромом Дауна, включающий помощь и поддержку родителям в процессе воспитания их детей.

Детей с синдромом Дауна следует включать в программы раннего обучения, начиная с самого раннего возраста. Эти программы включают в себя такие виды деятельности, как: медицинский уход, физиотерапия, обучение и консультирование родителей, логопедия, поведенческая терапия, игровая терапия, сенсорная интеграция, музыкальная терапия, арт-терапия и многое другое. Качество отношений и сотрудничества между родителями имеет решающее значение для успеха раннего вмешательства.

Воспитание детей с синдромом Дауна должно основываться на их сильных сторонах, а именно: на хорошем зрительном восприятии и умении визуализировать; на умении выучить и использовать знаки, жесты и наглядные пособия; на способности подражать другим (детям и взрослым), а также копировать (имитировать) их поведение. Более полное понимание когнитивного функционирования детей с синдромом Дауна возможно при более полном знании факторов, влияющих на прогресс в развитии нормально развивающихся детей.

У детей с синдромом Дауна обнаруживаются индивидуальные различия когнитивных функций. Дети с одинаковым IQ или одним и тем же цитогенетическим вариантом могут иметь очень разные когнитивные профили с определенными сильными и слабыми сторонами.

Проблемы, связанные с обучением

Люди с синдромом Дауна до конца своей жизни будут иметь физические характеристики, типичные для этого синдрома, но это вовсе не означает, что у них нет возможностей улучшить свое когнитивное и социальное функционирование, обучение, образование и качество жизни. Качество медицинского ухода, образования и поддержки со стороны общества имеют большое значение в развитии людей с синдромом Дауна.

Новый подход основан на том, что в том случае, когда регулярные

и хорошо продуманные действия начинаются сразу после постановки диагноза, дети с ограниченными интеллектуальными возможностями могут формировать большинство навыков, которыми обладают другие дети, таким же образом и в той же последовательности, но просто медленнее.

Возможно, что дети с этим заболеванием начнут говорить только после второго или третьего года жизни. Из-за своей неспособности общаться, они могут плакать или плохо себя вести. Однако родители могут научить их общаться без слов. Например, они могут использовать простые жесты и предметы. Таким образом, ребенок будет знать, как выразить такие важные потребности, как «пить», «еще», «готово», «еда» и «постель».

Основные способы общения с людьми с синдромом Дауна:

- Поддерживайте зрительный контакт
- Используйте простой язык и короткие предложения
- Говоря с ними, используйте мимику и жесты
- Дайте им время осмыслить информацию и ответить
- Слушайте внимательно
- Просите повторить то, что им нужно сделать

Стратегии и способы работы с детьми с синдромом Дауна:

- Сильная зрительная память - у детей с синдромом Дауна упор следует делать на демонстративную визуализацию через картинки, фотографии и иллюстрации.

- Учащиеся с синдромом Дауна обычно демонстрируют хорошие социальные навыки, которые можно конструктивно использовать для расширения возможностей обучения и преподавания

- Они могут соблюдать правила и следовать инструкциям
- Постоянный визуальный контакт и анализ вербальных и невербальных сообщений

- Необходимо знать физические характеристики и состояние здоровья ребенка, характерное поведение, способ выражения эмоций, чувств

- Распознавайте необычное поведение ребенка, которое может быть признаком болезни, о которой ребенок не может сказать.

- Планировать более трудные и сложные занятия на ранние часы дня

- Усталость в конце дня может значительно увеличить время обдумывания и обработки предоставленной ему информации и расстроить ребенка.

- В случае болезни, предусмотреть более длительный период восстановления

У детей с синдромом Дауна проявляется определенный когнитивный профиль с его **сильными сторонами**, такими как зрительная память и впечатляющая речь, и **слабыми сторонами**, такими как: дефицит внимания; нарушение зрительно-пространственного восприятия; дефицит слуховой обработки и кратковременной слуховой памяти; выразительная речь/язык; уменьшенные возможности классификации и обобщения. Профиль сильных и слабых сторон детей с синдромом Дауна помогает определить области, в которых детям требуется дополнительная поддержка, и альтернативные стратегии для решения их проблем.

Уровень когнитивных функций у детей с синдромом Дауна, воспитанных в семейной среде, лучше, чем у других детей, которые институционализированы в условиях сегрегации, где развитие вербальных и невербальных средств коммуникации ограничено и нет полноценного взаимодействия с окружающей средой.

Когнитивные трудности у детей с синдромом Дауна определяются не только биологической феноменологией этого синдрома и

особенностями функциональных свойств психики, но и зависят от условий социального развития. Помимо биологических, на процесс обучения детей с синдромом Дауна влияют и другие факторы.

У детей с синдромом Дауна существуют потенциальные возможности для обучения и развития, и если для психологического и педагогического воздействия использовать чувствительные периоды развития ребенка от (0–3 лет) до (от 3 до 6 лет), то снижение IQ можно преодолеть. Низкий IQ 61 или серьезная умственная отсталость у этих детей не означает, что они не могут развиваться и добиваться успехов в учебе.

Несмотря на то, что большинству профессионалов известны некоторые основные характеристики детей с синдромом Дауна, их представления о способностях этих детей являются стереотипными в отношении того, чего эти дети не могут делать, а не того, чего они могут достичь. Это требует поиска практических решений, связанных с повышением профессиональных компетенций всех (специалистов и педагогов), участвующих в обучении и обучении детей с синдромом Дауна, а также их мотивации к работе.

Иновационные практики ранней психолого-педагогической поддержки и реабилитации детей с синдромом Дауна

Программа ранней педагогической поддержки - разработана Центром специального образования Университета Маккуори в Сиднее для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями в возрасте до 5 лет. Программа «Маленькие шаги» основана на отчетах и наблюдениях ученых со всего мира. Авторы этой программы - Мойра Петерси, Робин Триллер, Дайана Утер, Эрика Бра и СьюКинс - делятся своими взглядами на организацию повседневных занятий для стимулирования развития ребёнка наилучшим образом. В основе программы лежит значительный педагогический опыт, современные

представления о том, как учатся дети, а также подробная методика, анализ и краткое изложение методов в области специальной педагогики. Новый подход основан на том, что дети с ограниченными интеллектуальными возможностями могут формировать большинство навыков, которыми обладают другие дети, таким же образом и в той же последовательности, но медленнее, если регулярные и хорошо продуманные действия начинаются сразу после постановки диагноза.

Программа «Маленькие шаги» была официально представлена в ряде стран и одобрена министерствами образования. В Болгарии это новаторский подход. Преимущества этого метода в том, что он сочетает в себе инструменты оценивания, дает способы определить краткосрочные и долгосрочные цели, что помогает составить индивидуальный план работы с ребенком. Кроме того, в ней объединены методические указания по развитию навыков детей с ограниченными интеллектуальными возможностями. Одним из, вероятно, наиболее значительных вкладов «Маленьких шагов» является то, что эта программа определяет и вовлекает родителей в их роль как наиболее успешных «воспитателей» для своих собственных детей. Этот метод дает очень хорошие результаты, потому что, с одной стороны, он помогает развитию детей, а с другой - помогает родителям лучше понять состояние и мир ребенка с ограниченными интеллектуальными возможностями.

В основе программы лежит понимание того, что родитель - самый важный учитель для ребенка. Он лучше всего может составить индивидуальную программу - долгосрочную и краткосрочную, которая включает в себя конкретные мероприятия и задачи. Их решение позволяет ребенку продвигаться по лестнице развития, всегда зная, что нужно делать в будущем.

1.5. Комплексная коррекционно-реабилитационная работа с детьми с синдромом Дауна (на примере центра «ДАР»)

Цель данной работы заключается в улучшении двигательных и коммуникативных навыков ребенка, преодоление, в значительной степени, поведенческого дефицита и стимулирование мобильности и социальной интеграции.

Применение комплексной реабилитации у детей с синдромом Дауна требует постоянных занятий в специализированных центрах, которые, в соответствии с текущими потребностями и возможностями ребенка, сочетаются с индивидуальными программами работы на дому. Они предназначены для вовлечения родителей в процесс обучения, а также для автоматизации приобретенных навыков.

Комплексная реабилитация, включающая в себя кинезитерапию, трудотерапию и арт-терапию у детей с неврологическими нарушениями, благотворно влияет на физическое выздоровление детей, улучшает нервно-мышечную координацию, стимулирует психоэмоциональное развитие и способствует ресоциализации. Трудотерапия и арт-терапевтические мероприятия направлены на: развитие и укрепление двигательных функций; развитие умственных способностей и памяти; развитие мыслительных процессов - восприятия, мышления, внимания и обучения в повседневной деятельности (ПД).

Одной из существенных составляющих коррекционной деятельности с детьми с синдромом Дауна является работа по развитию и формированию базовых психических процессов, которые образуют процесс приобретения некоторого опыта. Объем заданий и степень сложности определяются в соответствии со степенью нарушения интеллекта. Значительность применения в нынешних условиях методов для результативной адаптации ребенка с синдромом Дауна располагаются в прямой подчиненности от психолога –

педагогической помощи некоторого взятого ребенка, некоторой взятой семьи.

Дети с синдромом Дауна – это особые дети, в работе с которыми и развитие творческих способностей имеет немаловажное значение. Занятие творческим трудом, изобразительной деятельностью является для них средством коррекции недостатков, имеет лечебное воздействие, способствует их социализации. Для детей важен сам процесс творчества, от него они получают прилив сил и удовольствия, уходят проблемы, стресс. Предметно-практическая деятельность наиболее доступна и понятна для детей с умственной отсталостью. Разнообразие видов деятельности обеспечивает работу всех процессов головного мозга, наилучшим образом влияет на развитие личности.

1.5.1. Психологическое сопровождение родителей, имеющих детей с синдромом Дауна

Рождение ребенка с отклонениями меняет прежний образ жизни семьи, меняет отношение родителей к жизни, их взгляды, ценности и т.д.

Родители, у которых рождается ребенок с синдромом Дауна, переносят особую утрату. Утрата эта не связана напрямую с потерей ребенка – эта утрата другого порядка, находящаяся в области внутренних представлений о том, каким ребенок должен был родиться. С точки зрения бессознательных процессов, ожидание ребенка матерью связано с представлениями, каков он будет. Известный психоаналитик Серж Лебовиси сформулировал представления матери о ее будущем ребенке, назвав его «воображаемым ребенком» или «фантазийным». Это ребенок, которого женщина хочет родить в результате союза с мужчиной. «Ребенок, посвященный супругу, с которым произошло зачатие беременности, достигнет блестящего будущего, чтобы удовлетворить мать». Мама много думают о будущем ребенке, каков

будет его пол, выбирают имя, которое наполнено глубоким смыслом. Воображаемый ребенок уже имеет судьбу, закрепленную семейным «мандатом». Рождение ребенка с синдромом Дауна является острым толчком к запуску процессов горевания, потому что происходит утрата ребенка, жившего много месяцев в материнских мечтах. Причем этот процесс запускается вне зависимости от того, знала мать о риске рождения ребенка с синдромом Дауна или это неожиданность. В случае рождения обычного ребенка мать проделывает внутреннюю работу по принятию реального ребенка и отказу от воображаемого; это естественный процесс, как правило, не связанный с аномальными переживаниями. В случае же появления на свет особого ребенка, образ ребенка материнской мечты неизбежно должен трансформироваться. Эти внутренние переживания по своим механизмам схожи с работой горя.

Само «Я» родителей ранено, личность уязвлена. Матери чувствуют себя «с поломанной хромосомой», негодными родителями, неспособными дать ребенку то необходимое развитие, которое требуется. С точки зрения профессиональной позиции помогающих специалистов есть вероятность «переноса» этого родительского ощущения на восприятие специалистом ситуации, а именно: когда специалист начинает транслировать родителям сообщение, что «надо больше заниматься с ребенком». Таким образом, перед нами, как специалистами, стоит следующая задача: с одной стороны, дать родителям поддержку и осуществлять профилактику вторичных расстройств из-за стресса от рождения ребенка с особенностями, а с другой – не усугубить те негативные явления, которые могут запускаться в результате естественного процесса горевания, длительность которого зачастую превышает длительное время.

Работу с родителями, воспитывающими ребенка с ОВЗ,

целесообразно проводить в направлениях: информирование (педагогический, психологический), индивидуальное консультирование, семейное консультирование и организация родительских клубов «Счастливый родитель»

Всё психолого-педагогическое сопровождение ведётся не только вместе с родителями ребёнка, но и выстроено таким образом, что в учреждении, в первую очередь, оказывается психологическая помощь и поддержка самим родителям, воспитывающим тяжело больных детей. С точки зрения системного подхода, теории психологических систем, мать и ребёнка можно рассматривать как некую диаду. Для нас представляет интерес как система – семья, в которой есть ребёнок-инвалид. Ещё Л.С. Выготский рассматривал семью как «совмещённую» систему, где родитель и ребёнок представляют собой составляющие единого диадического целого. Только в рамках этой системы они приобретают статус «родителя» и «ребёнка» и взаимно развиваются как элементы этой системы

Уход за ребёнком-инвалидом и ответственность за его жизнь накладывают на родителей таких детей большие нагрузки. Родители испытывают эмоциональное напряжение, тревогу, чувство вины, обиды, находятся в хроническом стрессовом состоянии. Так же большое влияние на семьи, воспитывающих детей с синдромом Дауна, оказывает общественное мнение, из-за чего возникает чувство одиночества и изолированности от окружающих. В рамках клуба «Счастливый родитель» задача психолога заключается в повышении самооценки родителей, с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию ребенка. Родителям, особенно мамам (так как вся тяжесть по воспитанию ребенка ложится на их плечи), необходимо дать ресурс, для того, чтобы у них были силы и возможность заниматься семьей и развивать свое чадо. В нашем психологическом клубе «Счастливый

родитель» мы помогаем родителям переключить свое внимание, даем возможность высказаться, обозначить болевые моменты. При помощи определенных упражнений у мам происходит отработка негативных эмоций, так как в рамках своей семьи они не могут позволить проявить данные эмоции. При использовании арт-техник происходит расслабление и снятие напряжения у клиента. Вновь приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, возникающие в процессе творчества, снижают агрессивность, повышают самооценку ("Я не хуже других").

Таким образом, мы показываем родителям, что они не одни, в клубе они находят поддержку и понимание их эмоционального состояния.

1.5.2. Коррекционные игры по формированию игровой деятельности дошкольников с синдромом Дауна

От успешного становления игровой деятельности зависит психическое здоровье и дальнейшее развитие любого ребенка.

У детей с синдромом Дауна имеется потенциал для развития игровой деятельности при условии организации специального коррекционного обучения, с учетом особенностей психического развития данной категории детей. Поэтому работу по формированию игровой деятельности детей с синдромом Дауна необходимо начинать с раннего детства. Если дети сами не очень активно играют (что может быть в случае с синдромом Дауна), взрослым нужно брать инициативу в собственные руки. Им нужно показывать игрушки, объяснять, что с ними нужно делать, учить ролевым играм.



Фото 1. Развивающая игра ребенка с синдромом Дауна

В данном коррекционном комплексе собраны игры для дошкольников от 4-7 лет с синдромом Дауна, учитывающие «сильные» стороны психического развития данной категории детей, направленные на формирование и развитие игровой деятельности.

Коррекционный комплекс включает два блока:

— первый блок – создание благоприятного, эмоционально положительного отношения к взаимодействию с педагогом, к игрушкам и действиям с ними;

— второй блок – развитие игровых действий на основе подражательности.

1.5.3. Создание положительного взаимодействия с педагогом в период игровой практики

Дошкольный возраст – это период, когда эмоциональная сфера играет важную роль в жизни ребенка. Эмоции и чувства доминируют

над другими сторонами его жизни, отражая все стороны действительности. Эмоции ребенка с синдромом Дауна обнаруживаются преимущественно в момент наглядного восприятия того объекта, к которому они направлены. В этом случае возникает ответ на конкретную ситуацию. Эмоции ребенка с синдромом Дауна не обладают устойчивостью.



Фото 2. Взаимодействие педагога и ребенка с синдромом Дауна

Эмоциональное общение взрослого и ребенка возникает на основе совместных действий, которые сопровождаются приветливой улыбкой и ласковым голосом, совместными тактильными играми.

1. Создание благоприятного эмоционально-положительного отношения к взаимодействию с педагогом

Игра «Спрячь шар в ладошках»

Форма проведения: индивидуально или с небольшой группой детей (2-3 человека)

Цель: формирование эмоционального контакта со взрослым.

Задачи.

- учить взаимодействовать с педагогом, слушать инструкции.
- развивать мелкую моторику, мышление, развивать пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать желание играть совместно со взрослым, усидчивость.

Оборудование: шарики по числу детей, коробка

Ход игры. Дети сидят на стульчиках. Психолог держит коробку с шариками в руках, показывает их детям. Психолог достает шарик из коробки показывает его детям, катает его между ладошками, прячет его в ладошках, вызывая положительную ответную реакцию детей. Затем, психолог раздает шарики детям и предлагает вместе спрятать их в ладошках:

- У всех шарики спрятались? (проверяет). Говорит, что шарика не видно.- Вот он шарик (открывает ладоши). Проверяет, все ли дети открыли ладошки. Радуетя вместе с детьми.

Игра «Мыльные пузыри»

Форма проведения: индивидуально или с небольшой группой детей (2-3 человека)

Цель: формирование положительного эмоционального контакта со взрослым.

Задачи:

- учить взаимодействовать с педагогом, слушать и выполнять инструкции, отвлекаться на свое имя.

- развивать мелкую моторику, мышление, развивать пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать желание играть совместно со взрослым, усидчивость.

Оборудование: Тюбик с мыльными пузырями.

Ход игры. Психолог открывает тюбик с мыльными пузырями и

дует в круглое отверстие. Показывает, какие большие мыльные пузыри, как их можно лопать. Затем взрослый предлагает ребенку самому открыть тюбик и подуть в отверстие. Радуются вместе с ребенком. Пузыри, пузырьки, мыльные летят! Лопаются, светятся, вот радость для ребят!

Игра «Иди ко мне»



Фото 3. Групповое занятие с детьми с синдромом Дауна

Форма проведения: индивидуальная

Цель: формирование эмоционального контакта со взрослым.

Задачи:

- учить взаимодействовать с педагогом, слушать и выполнять инструкции, отвлекаться на свое имя.
- развивать мелкую моторику, мышление, развивать пассивный и активный словарный запас.
- воспитывать желание играть совместно со взрослым, усидчивость.

Ход игры. Психолог отходит от ребенка на несколько шагов и

манит его к себе, ласково приговаривая: «Иди ко мне, мой хороший». Когда ребенок подходит, взрослый его обнимает: «Ах, какой ко мне хороший (имя ребенка) пришел». Игра повторяется.

Игра «Возьми шарик»

Форма проведения: индивидуально или с небольшой группой детей (2-3 человека)

Цель: Формирование эмоционального контакта со взрослым.

Задачи.

- учить взаимодействовать с педагогом, слушать и выполнять инструкции.

- развивать мелкую моторику, мышление, развивать пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать желание играть совместно со взрослым, усидчивость. Оборудование: воздушный шар.

Ход игры. Психолог надувает шар, завязывает его и протягивает ребенку: «На возьми». Когда ребенок немного подержит шар, педагог просит: «Дай мне». Показывает, как шар летает, и снова отдает его ребенку. При этом выражает радость, удовольствие от игры: «Какой красивый!», «Как летает!», оживленно хлопает в ладоши. Просит ребенка подкинуть шар вверх.

Игра «Хоровод с куклой»

Форма проведения: индивидуальная или с небольшой группой детей (2-3 человека)

Цель: продолжать формировать эмоциональный контакт со взрослым, вызывать интерес к кукле.

Задачи:

- учить взаимодействовать с педагогом, слушать и выполнять инструкции, эмоционально реагировать на игровую ситуацию.

- развивать мелкую моторику, мышление, развивать пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать желание играть совместно со взрослым, усидчивость.

Оборудование: Кукла средних размеров.

Ход игры. Психолог приносит новую куклу. Она здоровается с детьми, гладит каждого ребенка по голове. Психолог просит по очереди подержать куклу за руку. Кукла предлагает потанцевать. Затем дефектолог ставит детей в кружок, берет за одну руку куклу, другую дает одному из малышей и вместе с ними двигается по кругу вправо и влево, выражая радость, веселье и напевая простую детскую мелодию.

Игра «Делай как я»



Фото 4. Групповое занятие с детьми с синдромом Дауна

Форма проведения: с небольшой группой детей (2-3 человека)

Цель: продолжать формировать эмоциональный контакт со

взрослым. Задачи:

- учить взаимодействовать с педагогом, слушать и выполнять инструкции, эмоционально реагировать на игровую ситуацию.

- развивать мелкую моторику, мышление, развивать пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать желание играть совместно со взрослым, усидчивость.

Ход игры. Психолог садится напротив детей, и показывает различные жесты руками, изменяет мимику лица, делает движения различными частями тела, побуждая детей повторять то, что он делает. «Сейчас я улыбнусь! Делай как я!», «сейчас я огорчусь...делай как я!», «Сейчас я смотрю в бинокль! Делай как я!», «А сейчас я плыву! Делай как я!» и т.д.

1.5.4. Развитие игровых действий на основе подражательности

Подражание – один из основных способов усвоения общественного опыта маленьким ребенком. Подражание – это повторение движений взрослого или его действий с предметами, происходящих на виду у ребенка. Взрослый показывает, а ребенок повторяет. Поэтому действия по подражанию называют также действиями по показу.

Таким путем он усваивает бытовые навыки и овладевает речью. Но само подражание складывается у ребенка не сразу, оно требует обучающего воздействия со стороны взрослого. Научить ребенка с синдромом Дауна подражать – одна из важнейших задач начального этапа обучения игровой деятельности.

1. Знакомство с игрушками-предметами и их свойствами, обучение простым действиям с игрушками, на основе подражания

Игра «Наш веселый звонкий мяч»

Форма проведения: подгрупповая

Цель: формирование представлений об игрушке-предмете (мяч), его свойствах, подражая действиям взрослого.

Задачи:

- учить действиям с игрушкой-мячиком, познакомить с его свойствами, учить подражать действиям взрослого.

- развивать мелкую моторику рук, наглядно-действенное мышление, внимание, координацию движений, пополнять пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать положительное отношение к действиям с мячом, подвижным играм, воспитывать желание делиться, играть совместно.

Оборудование: мяч, волшебный мешочек.

Ход игры. Все дети сидят в круге на ковре. Психолог показывает мешочек. Давайте посмотрим, что в нем? (Психолог достает мяч) Это мяч! Какой он красивый, круглый! (Психолог показывает мяч каждому ребенку, дает его потрогать). Мой веселый звонкий мяч Ты куда помчался вскачь Красный, синий, голубой, Не угнаться за тобой! А еще мяч катается! Давайте покатаем его! (Психолог сначала показывает, а потом предлагает катать мяч друг – другу). А теперь будем передавать его друг другу! (Психолог сначала показывает, а потом предлагает передать мяч друг другу). Посмотрите, как еще можно подкидывать мяч! (Психолог сначала показывает, а потом предлагает детям по очереди подкинуть мяч вверх). Хорошо у вас получается! А теперь будем кидать мяч друг другу! (Психолог сначала показывает, а потом предлагает детям кинуть мяч друг другу). Посмотрите, наш мяч устал и попрыгал на свое место на полочке!

Игра «Солнышко»

Форма проведения: индивидуальная, подгрупповая

Цель: формирование представлений об игрушке-предмете (мяч), его свойствах, подражая действиям взрослого.

Задачи:

- учить действиям с игрушкой-мячиком, познакомить с его свойствами, учить подражать действиям взрослого.

- развивать мелкую моторику рук, развивать наглядно-действенное мышление, внимание, координацию движений, пополнять пассивный и активный словарный запас.

- воспитывать положительное отношение к действиям с мячом, подвижным играм, воспитывать желание делиться, играть совместно.

Оборудование: мяч

Ход игры. Психолог берет мяч среднего размера, садится с ребенком друг напротив друга, разведя ноги в стороны – делает «домики». Катает мячик ребенку, просит, чтобы ребенок катил мячик обратно. По небу солнце ходит, И в домики заходит. И к (имя) заходит (мячик катится к (имя)), И к маме заходит (мячик от имя катится к нам), И к (имя) заходит, И к нам заходит... Когда ребенок понял суть игры, дефектолог добавляет еще детей. Позже ребенок сам решает, кому он хочет покатить мяч.

Обучая ребенка сюжетно-ролевой игре, мы улучшаем его возможности контакта со сверстниками, расширяем его знания о мире и закладываем основу гибкого поведения, что в конечном итоге делает его более самостоятельным и независимым.

Подвижные и психологические игры позитивно влияют на физическое и психическое состояние детей с синдромом Дауна.

Использование развивающих игр с детьми с синдромом Дауна поможет им приспособиться к жизни, и используя все познавательные способности детей, и, учитывая специфику развития психических процессов, развить у них жизненно необходимые навыки, чтобы, став

взрослыми, они могли самостоятельно себя обслуживать, выполнять в быту простую работу, повысить качество их жизни и жизни их родителей.

1.5.5. Возможности логопедической коррекции с детьми с синдромом Дауна

Одна из самых тяжелых проблем детей с синдромом Дауна – задержка речевого развития. Овладение элементарными навыками разговорной речи у данных детей запаздывает. Умение говорить развивается, как правило, позже умения воспринимать речь. Ребенку с синдромом Дауна свойственны трудности в освоении грамматического строя речи, а также семантики. Он долго не дифференцирует звуки окружающей речи, плохо усваивает новые слова и словосочетания. Фразовая речь может появиться как к 6-7 годам, так и 10-12 годам. Мы в своей практике сталкиваемся чаще всего с детьми с болезнью Дауна в возрасте 4-5 лет. В возрасте 1-3 лет редко кого из родителей детей данной категории волнуют проблема отсутствия речи. На консультацию приходят единицы таких родителей.

В первую очередь необходимо понимать, что ребенку с таким синдромом требуется значительно больше времени на освоение какого-либо навыка, нежели его здоровым сверстникам. Коррекционная работа разбивается на несколько частей, только после четкого закрепления которых, процесс может идти дальше.

Вся логопедическая работа с детьми с болезнью Дауна делится на следующие этапы:

Первый этап - обследование состояния речи. Основная цель этапа: выявить уровень сформированности речевой функции ребенка с синдромом Дауна.

Особое внимание уделяем пониманию обращенной речи. Для обследования используем общепринятые в логопедии методы и приёмы. Но при этом, учитываем сохранность интеллекта каждого конкретного ребенка, его психофизические особенности и адаптируем приемы обследования.

Второй этап – установление контакта с ребенком.

Это очень важный этап. Необходимо заинтересовать малыша, привлечь его внимание, как к личности логопеда, так и к самим занятиям; определить, что интересует ребенка, какие задания он выполняет с большим желанием. В дальнейшем мы используем эти данные при составлении лично-ориентированной программы на ребенка.

Третий этап – это собственно логопедические занятия. Не стоит забывать, что новые знания ребенок с синдромом Дауна усваивает крайне медленно, в результате многократных повторений. И только правильно составленная программа даст малышу возможность быстро добиться успехов. Переоценка возможностей ребенка приводит к составлению неадекватной программы, а недооценка - к составлению слишком легкой программы, которой, вследствие простоты заданий, не будет хватать занимательности.

Свои занятия на этом этапе мы начинаем с гимнастики: мимической, артикуляционной и дыхательной. Обязательно в коррекционный процесс включаются вокально-голосовые упражнения и упражнения на мелкую моторику. В ходе выполнения артикуляционных упражнений мы вызываем, по мере подготовки артикуляционного аппарата, те или иные звуки, а также работаем над пониманием обращенной речи. Весь комплекс артикуляционно-мимической гимнастики с элементами дыхательной гимнастики и вокально-голосовых упражнений мы представляем детям в картинном материале.

По мере усвоения того или иного упражнения, мы усложняем его, либо включаем в наш комплекс новые. Всего по времени такое занятие длится примерно 20-25 минут, что соответствует нормам СанПиН.

Таким образом, на данном этапе, а он длителен по времени, мы готовим артикуляционный аппарат к постановке звуков, а точнее к правильному произнесению звуков. По мере возможности вызываем отдельные звуки: от звуков раннего онтогенеза [Н], [П], [Т], до более сложных звуков типа [Ш],[Ж],[Ч]; уточняем и обогащаем пассивный словарь; формируем мелодико-интонационную сторону речи; развиваем мелкую моторику рук.

На четвертом этапе начинается работа по формированию активного словаря. На данном этапе особое место занимает работа с книгой или рисунком. Многократное, от книги к книге, повторение одних и тех же слов позволит ребенку уже на начальном этапе коррекции освоить достаточно обширное их количество и, отрабатывая правильное произношение, закреплять его.

Иногда лучше начать с карточек (рисунков). Логопед называет изображенный предмет. В ходе занятия постоянно дополняем рисунок деталями - у дома появляются окна, затем дверь, труба. Необходимо вводить в разговор неоконченные предложения. Можно также использовать тексты типа «Дополни предложение», где вместо слова в конце предложения нарисована картинка. Например: «Мы увидели ... (картинка лиса). Красивый хвост у ... (картинка лиса). Рыжая шубка у ... (картинка лиса). И т.д.». Изолированно слово *лиса* ребенок произносил. Недоговаривая последнее слово фразы, мы даем ребенку понять, что чего-то от него ждем. Эти приемы хорошо срабатывают в тех случаях, когда ребенок пытается вспомнить слово или фразу и смотрит на нас, ожидая помощи. Если ребенок не отвечает на вопрос, то можно попытаться ему помочь. Если он прореагирует на такую

подсказку, нужно задать первый вопрос и дать ему шанс употребить нужное слово или фразу без помощи взрослого.

В связи со специфическим речевым развитием, детям с синдромом Дауна свойственны трудности в освоении грамматического строя речи, а так же семантики, то есть значений слов. Они долго не дифференцируют звуки окружающей речи, плохо усваивают новые слова и словосочетания.

Из всего вышесказанного, можно определить особенности речи детей с синдромом Дауна, подлежащим коррекции:

- дети с синдромом Дауна часто говорят быстро или отдельными словами без пауз между ними, так, что слова набегают друг на друга;
- в возрасте 9-12 лет у этих детей может возникнуть заикание;
- слабое развитие фонематического слуха, медленный темп усвоения речи окружающих;
- замедленный темп артикуляции;
- дизартрия.

Ребенка с синдромом Дауна мы обучаем говорить приблизительно так, как учат иностранному языку взрослого человека. Начиная с простого материала и переходя к все более сложному, и переход должен быть очень последовательным и постепенным.

Глубокие ограничения возможностей, естественно, сопровождаются значительным снижением качества жизни. Тяжелые заболевания ребенка отражаются на общении со сверстниками, обучении, трудовой деятельности, способности к самообслуживанию.

Но главное, в ходе логопедических занятий ребенка необходимо научить языку общения. Общение - это не только произнесение слов. Понятие «общение» предполагает также умение слушать, понимать, соблюдать очередность в разговоре, подражать и умение завязывать беседу, при встрече приветствовать, при расставании прощаться с

логопедом. Речь может быть использована для удовлетворения многих потребностей.

Для того чтобы научиться общаться с людьми так, как принято в обществе, ребенок с синдромом Дауна должен посещать детский сад, школу. Право детей с синдромом Дауна на максимальную социальную адаптацию есть, и посещение детских садов и школ в России закреплено законодательно.

Ребенка с синдромом Дауна можно научить многому, что умеет делать обычный ребенок, но для этого нужно гораздо больше времени и усилий со стороны взрослых, и тогда он может достичь самых неожиданных результатов.

Мероприятия по развитию речи должны проводиться в комплексе с работой психологов и нейропсихологов. Специальные методики позволяют добиться хороших результатов в стимуляции моторики и двигательной координации, а значит опосредованно способствуют и логопедической работе.

1.5.6. Применение нетрадиционных техник рисования в работе с детьми с синдромом Дауна

В системе коррекционной работы с детьми с синдромом Дауна важное место занимает работа по изобразительной деятельности, которая способствует развитию и коррекции зрительного и тактильного восприятия, внимания, мышления, воображения, мелкой моторики рук, коммуникативных навыков детей, что особенно важно, учитывая психологические особенности детей с синдромом Дауна.

Кроме того, изобразительная деятельность носит эмоционально-разгрузочный характер, так как дети получают массу положительных эмоций в процессе практической работы и от творческого продукта,

получившегося в результате. Дети с синдромом Дауна имеют ряд особенностей, таких как быстрая утомляемость, более медленный темп работы, затруднения в управлении своими движениями и другие, которые мы учитываем при планировании занятий. Как и все дети, они могут быть податливыми и упрямыми, открытыми для контакта или погруженными в себя, любящими хулиганить или не позволяющими себе выходить за рамки усвоенных правил и границ. Для того, чтобы сделать процесс обучения изобразительной деятельностью полезным, и увлекательным, мы используем нетрадиционные техники рисования с игровыми формами работы.

Нетрадиционные техники рисования демонстрируют необычные сочетания материалов и инструментов, открывают большие возможности выражения фантазий, позволяют быстро достичь желаемого результата, поэтому очень привлекательны для детей. Необычные техники рисования вызывают интерес, приносят массу положительных эмоций, помогают справиться с негативными переживаниями, способствуют развитию творческих способностей, самостоятельности, инициативы, проявлению индивидуальности.

Практически все виды нетрадиционного рисования можно использовать в работе с детьми с синдромом Дауна. Знакомя детей с особенностями каждой техники, важно учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и степень участия взрослого в процессе рисования. Одни из часто используемых техник в нашей практике: рисование поролоном, рисование солью, рисование по-мокрому, монотипия, фотопечать.

Рисование поролоном

Мы используем несколько способов рисования поролоном:

1. Прикрепляем поролон на палочку или прищепку и наносим краску в определенном порядке, в соответствии с образом. В такой

технике мы рисуем крону деревьев, цветы. Используя трафарет, мы рисуем одуванчики, листики, цыплят и др.

2. Для работы вторым способом нарезаем из поролона разные фигуры (кружочки, сердечки, квадраты и т.д.), наносим на них краску и печатаем. Так мы оформляем рамки, и делаем разные декоративные композиции.

Такая нетрадиционная техника рисования проста и доступна для детей с синдромом Дауна разного возраста. Работы в такой техники можно выполнить очень быстро и результат выглядит эффектно.

Рисование солью

При выполнении этой нетрадиционной техники мы используем акварель. Нужно нанести необходимый рисунок акварелью, используя достаточное количество воды и посыпать небольшим количеством соли. Она вберет в себя краску и получится необычный эффект. Используя эту технику, мы рисуем небо, подводный мир, волшебное дерево, фантастические цветы и т.д., а также произвольное нанесение красок с использованием соляного эффекта, является очень интересным для детей с синдромом Дауна.

Рисование по-мокрому

Для выполнения работы мы смачиваем лист чистой водой (кисточкой или губкой), а потом кистью или каплями наносим изображение. Оно получится как бы размытое, с помощью такой техники дети изображают цветы, натюрморты, пейзажи, фон для композиций. На самом простом уровне мы наносим цвета произвольно и даем им свободно перетекать друг в друга, создавая множество оттенков.

Монотипия

Одной из самых интересных нетрадиционных техник рисования является монотипия. Эта техника единственного отпечатка. Мы наносим

цветовые пятна гуашью на стеклянную или просто гладкую поверхность, даем перетекать один цвет в дугой, накладываем лист на эту поверхность, прижимаем, разглаживаем, затем снимаем лист, на котором остается оттиск. Получившуюся работу дополняем аппликативными или рисованными деталями. Эта техника способствует развитию воображения, и вызывает удивление у детей.

Фитопечать

Для работы в такой технике мы используем только что сорванные или засушенные листья, листы белой или тонированной бумаги. На осенний листок со стороны прожилок наносим гуашь разных цветов и оттенков. На один и тот же лист можно наносить каждый раз новые сочетания цветов, тогда все отпечатки будут разные и не похожие на предыдущие. Для создания интересных композиций в технике фитопечати обычно используем листики разных форм и гуашью дорисовываем детали в соответствии с образом. В такой технике мы выполняем такие композиции, как осенний лес, подводный мир и др.

Таким образом, необычные техники рисования заинтересовывают, приносят массу положительных эмоций, помогают справиться с негативными переживаниями, способствуют развитию творческих способностей, самостоятельности, инициативы, проявлению индивидуальности.

1.5.7. Применение языковой программы МАКАТОН для формирования коммуникативных навыков у детей с синдромом Дауна

Нарушение коммуникативных навыков у детей с синдромом Дауна связано с совокупностью различных психофизических нарушений, как правило, вследствие органического поражения ЦНС; с высокой

степенью выраженности нарушений, прежде всего интеллекта; с различными нарушениями, которые влияют на развитие ребенка не по отдельности, а в совокупности, образуя сложные сочетания.

Многие из таких детей имеют проблемы в речевом развитии или вовсе лишены способности говорить. Отсутствие навыков коммуникации влияет на развитие, социализацию и адаптацию ребенка. Поэтому проблема формирования коммуникативных навыков является наиболее значимой в коррекции детей с синдромом Дауна.

Развитие детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, приобретение ими опыта напрямую зависят от того, насколько методики адаптированы к индивидуальным особенностям и потребностям, а также возможностям детей для достижения результатов.

Одним из методов альтернативной коммуникации является языковая программа МАКАТОН.

Языковая программа Макатон разработана в 1970-х годах британским логопедом Маргарет Уокер. Сейчас ее используют более, чем в 50 странах мира. Маргарет Уокер, создавая эту программу, хотела помочь людям с проблемами в развитии и трудностями в коммуникации, тем самым, максимально сохранить возможность общения.

Это своего рода уникальный язык общения, специально адаптированный для россиян, очень простой в использовании даже для маленьких детей.

Особенность программы заключается в сочетании звучащей речи, жестов и символов. В зависимости от конкретных физических и умственных способностей, ребенок может использовать как все три коммуникационных составляющих сразу, так и делать упор на отдельные из них.

Также МАКАТОН успешно используется в коррекции детей с синдромом Дауна, для детей с различными психическими

расстройствами, для детей с нарушениями слуха.

Основная проблема, которая препятствует специалистам применять в своей работе программу МАКАТОН, это боязнь родителей того, что их дети, применяя жесты и символы, в будущем никогда не заговорят. На самом же деле, многочисленными исследованиями доказано, что занятия по этой программе не только не тормозят речевое развитие, наоборот, активно стимулируют его.

Полная версия МАКАТОН включает в себя два словаря:

- **Основной словарь**, являющийся фундаментом программы. В основной словарь входят наиболее важные и частотные понятия, распределенные по стадиям, по принципу усложнения. С него начинают работу в рамках обучения по программе.

- **Ресурсный словарь**, состоящий из множества понятий по разнообразным темам (музыка, досуг и т.д.). Он необходим людям, возможности которых позволяют выйти за пределы основного словаря. Каждому понятию в словаре соответствует символ и жест. Жесты и символы используются совместно со звучащей и письменной речью, а также обеспечивают зрительное сопровождение речи, что улучшает понимание и облегчает общение.

По мнению специалистов ГУ ЦППМСП «ДАР» Забайкальского края, работающих с детьми с различными формами коммуникативных и интеллектуальных трудностей, использование системы МАКАТОН сегодня крайне необходимо и востребовано, поскольку Центр посещает большое количество детей, имеющих тяжелые нарушения речи, и их количество увеличивается год от года.

В процессе применения программы у воспитанников с синдромом Дауна, различной степенью умственной отсталости появились позитивные изменения не только в поведении, но и в коммуникации с использованием вербальных средств общения. У них улучшилось

понимание обращенной речи; дети запоминали отдельные символы и жесты, обозначающие предметы. Некоторые дети повторяли жесты и применяли их в ходе общения, а другие выполняли определенные действия после просьбы взрослых на жестовом языке. По мнению педагогов, подопечные, использующие речь (отдельные слова или фразы), стали активнее использовать вербальные методы коммуникации, отчетливой проговаривать отдельные слова, используя при этом жесты МАКАТОН. У воспитанников повысился уровень коммуникации, дети стали активнее использовать язык жестов. Дети стали более эмоциональными в результате появления интереса к общению, у них появилось желание участвовать в занятиях со специалистами, у некоторых сформировалось более уверенное поведение.

Из практики

Ребенок Ваня, 7 лет, ребенок с синдромом Дауна

Особенности развития (определены совместно с мамой):

- у ребенка нет понимания обращенной речи;
- собственная речь представлена протяжными вокализациями и звукокомплексами;
- нарушена функция жевания и глотания пищи;
- ориентация в ситуации: приходит на кухню, когда голоден;
- желания проявляет криком;
- берет взрослого за руку, если что-то хочет;
- навыки самообслуживания не сформированы;
- в туалет не просится (носит памперсы);
- общая моторика: плохо ходит, волочит ноги;

Определяем стимулы:

- любит йогурт, печенье.

На первом этапе работы по программе МАКАТОН выбираем не больше 15 понятий, которые будем использовать в общении с ребенком.

Составляем два списка понятий:

Список А - понятия, которые использует взрослый в общении с ребенком (15 понятий)

Список Б - в него выбираем 5 понятий из Списка А. Именно эти понятия будет использовать сам ребенок (табл.1).

Таблица 1

Список А (взрослый)	Список Б (ребенок)
Привет, пока, хорошо, молодец, дай, встань, сядь, смотри, гулять, мыть, памперс, йогурт, печенье.	Дай, привет, пока, хорошо, йогурт.

За время коррекционной работы Ваней было успешно усвоено десять понятий. Это помогает ему общаться с окружающими и выражать свои желания социально приемлемым способом.

Таким образом, общаясь со взрослыми при помощи жестов и символов МАКАТОН, дети с ограниченными возможностями здоровья смогут оптимизировать свой коммуникативный потенциал для дальнейшей социальной адаптации.

1.5.8. Творчество без границ: нетрадиционные техники рисования в работе с детьми с синдромом Дауна

В Государственное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР» Забайкальского края создана студия изобразительного и прикладного творчества для детей с ограниченными возможностями здоровья «Лиловый кот». Это не просто организация досуговой занятости для детей с ОВЗ! Деятельность студии нацелена, прежде всего, на создание благоприятных условий для полноценного развития детей с ограниченными возможностями здоровья, для реализации индивидуального потенциала. Это – средство реальной поддержки, регулярного сопровождения, социальной интеграции посредством

внедрения и развития инклюзивных творческих практик не только детей с особыми потребностями, но и их родителей.

Дети с синдромом Дауна входят в категорию детей с ограниченными возможностями здоровья, обусловленной аномалией хромосомного набора. Данный синдром является специфической формой психического недоразвития. Проявляется существенными отличиями в физическом, психическом, интеллектуальном и эмоциональном развитии.

В психическом развитии ребенка с синдромом Дауна важную роль играет продуктивная деятельность. Из опыта работы можно отметить высокую эффективность техники нетрадиционного рисования. Сильной стороной в развитии ребенка данной категории является способность к подражанию. Дети охотно подражают простым движениям, необходимым на занятиях рисования, аппликации и лепки.

Техник нетрадиционного рисования очень много - от простых до сложных. Для детей с синдромом Дауна больше всего подходят такие техники, как пальчиковое рисование, рисование ладошкой, ребром ладони, кулаком, рисование песком, манкой, цветной солью, ватными палочками, рисование с помощью валика и поролоновой губки, аппликация из салфеток и другое.

Для успешной изобразительной деятельности каждого ребенка, создаются необходимые условия:

1. Обеспечение разнообразных сенсорных ощущений (зрительное, тактильно-кинестетическое);
2. Создание игровых ситуаций;
3. Создание предметной среды (специальные столы и мольберты, большие листы бумаги для рисования; материально-технические средства обучения);
4. Проведение специальных упражнений по развитию движений

пальцев и кистей рук;

5. Совместная деятельность детей и педагога.

Для успешного овладения детьми нетрадиционными художественными техниками сначала проводится обследование детей с целью выявления у них изобразительных умений и навыков. По результатам обследования составляется перспективный тематический план с учетом индивидуальных возможностей детей.

На начальном этапе работы, занятия проводятся индивидуально с каждым ребенком. Далее дети объединяются в группы.

В работе используются такие нетрадиционные техники рисования:

- **Рисование пальчиками.** В этой технике используются средства выразительности: пятно, точка, короткая линия, цвет. Материалы: мисочки с гуашью, плотная бумага любого цвета, небольшие листы, салфетки.

Способ получения изображения: ребенок опускает в гуашь пальчик и наносит точки, пятнышки на бумагу. На каждый пальчик набирается краска разного цвета. После работы пальчики вытираются салфеткой, затем гуашь легко смывается.

- **Рисование ладошкой.** Средства выразительности: пятно, цвет, фантастический силуэт. Материалы: широкие блюдечки с гуашью, кисть, плотная бумага любого цвета, листы большого формата, салфетки. Способ получения изображения: ребенок опускает в гуашь ладошку (всю кисть) или окрашивает ее с помощью кисточки (с 5-ти лет) и делает отпечаток на бумаге. Рисовать можно и правой и левой руками, окрашенными разными цветами. После работы руки вытираются салфеткой, затем гуашь легко смывается.

- **Скатывание бумаги.** Средства выразительности: фактура, объем. Материалы: салфетки либо цветная двухсторонняя бумага, клей ПВА, плотная бумага или цветной картон для основы. Способ

получения изображения: ребенок сминает (скомкивает) в руках бумагу, пока она не станет мягкой. Затем скатывает из нее шарик. Размеры его могут быть различными: от маленького («ягодка») до большого («облачко», «ком для снеговика»). После этого бумажный комочек опускается в клей и приклеивается на основу.

- **Тычок жесткой кистью.** Средства выразительности: фактурность окраски, цвет. Материалы: жесткая кисть, гуашь, бумага любого цвета и формата, либо вырезанный силуэт пушистого или колючего животного. Способ получения изображения: ребенок опускает в гуашь кисть и ударяет ею по бумаге, держа вертикально. При работе кисть в воду не опускается. Таким образом, заполняется весь лист, контур или шаблон. Получается имитация фактурности пушистой или колючей поверхности.

- **Отгиск мятой бумагой.** Средства выразительности: фактура, объем. Материалы: салфетки либо цветная двухсторонняя бумага, клей ПВА, налитый в блюдце, плотная бумага или цветной картон для основы. Способ получения изображения: ребенок мнет в руках бумагу, пока она не станет мягкой. Затем скатывает из нее шарик. Размеры его могут быть различными: от маленького («ягодка») до большого («облачко», «ком для снеговика»). После этого бумажный комочек опускается в клей и приклеивается на основу.

- **Рисование крупой (манкой).** Ребенок рисует клеем по заранее нанесенному рисунку. Не давая клею засохнуть, нужно насыпать на клей манку (по рисунку).

Все необычное, нетрадиционное привлекает внимание детей, заставляет удивляться. У них развивается познавательный интерес. Занимаясь с детьми художественным творчеством, используем материалы с разной фактурой, давая возможность потрогать руками краски, тесто, пластилин. В процессе систематических занятий

расширяется их сенсорный опыт, развивается мелкая моторика, формируются тонкие целенаправленные движения, навыки, подготавливающие руку к письму. Кроме того, во время занятий рисованием увеличивается время концентрации внимания, формируется умение выполнять цепочку последовательных действий, мотивация к деятельности. Постепенно дети понимают, что результат их работы ценится, а умения накапливаются.

Студия изобразительного и прикладного творчества, помогает улучшить у детей с синдромом Дауна понимание обращенной речи, пополнить словарный запас, увеличить концентрацию внимания, сформировать сенсорные эталоны. Отмечается положительный эмоциональный фон дети активны, жизнерадостны, минимизируются аффективные вспышки.

Так как деятельность студии носит коррекционно-развивающий характер, это делает ее работу востребованной в области развития детей с ограниченными возможностями здоровья. При ее организации специалисты учреждения опирались на основной принцип сотрудничества ребенка и взрослого,

Для достижения положительного результата на занятиях изобразительного и прикладного творчества параллельно ведется работа с родителями. Доверительные беседы, консультации, совместные занятия и развлечения, дни «открытых дверей», мастер-классы по нетрадиционному рисованию - все это, и много другое помогают родителям приобрести необходимые знания и умения для успешного рисования с детьми в домашних условиях.

Одним из средств поощрения и развития изобразительного творчества детей, являются выставки детских работ. Они очень радуют детей и их родителей. Совместная работа с родителями создает ребенку эмоционально - комфортное состояние.

Рисование для ребенка – радостный, вдохновенный труд, который очень важно стимулировать и поддерживать, постепенно открывая перед ним новые возможности изобразительной деятельности. А главное то, что нетрадиционное рисование играет важную роль в общем психическом развитии ребенка. Ведь ценным является не только конечный продукт – рисунок, а развитие личности: формирование уверенности в себе, в своих способностях, целенаправленность деятельности.

Студия изобразительного и прикладного творчества для детей с ограниченными возможностями здоровья «Лиловый кот» создана на средства ПАО «ГКМ Норильский никель».

1.6. Современные представления об адаптации и качестве жизни детей с синдромом Дауна

Интеграция и развитие. Каждый ребенок, родившийся с этой хромосомной аномалией, реально может вести полноценную жизнь, если ему предоставляется такая возможность. Вот почему так важно, чтобы наши усилия шли в направлении объединения и улучшения общественного отношения к детям с синдромом Дауна, для улучшения их жизни и предоставления им возможности быть полноценными личностями, со своими потребностями и, главное, любить и быть любимыми.

По данным Национального общества синдрома Дауна (США):

«Приобщение – это образовательная философия, основанная на том, что каждый имеет неотъемлемое право на полноценное участие в жизни общества. Приобщение означает принятие различий. Оно создает пространство для людей, которые, в противном случае, были бы исключены из образовательного процесса, лежащего в основе развития

каждого ученика».

В Болгарии Ассоциация родителей детей с синдромом Дауна - единственная законная некоммерческая организация в Болгарии, основанная в 2009 году, которая защищает интересы и права людей с синдромом Дауна. Главная цель этой организации - борьба за разрушение негативных стереотипов, преодоление предрассудков и опровержение мифов, накопленных в публичном пространстве, о возможностях и особенностях людей с Синдромом. Приоритетами организации являются:

- оказание помощи и поддержки родителям с момента рождения ребенка. Ознакомление родителей с современными достижениями в преодолении ограничений, налагаемых синдромом, с целью снижения случаев отказа от ребенка и помещения его в детский дом;

- помощь в поиске специалистов - врачей, физиотерапевтов, педагогов и логопедов;

- помощь в поступлении в массовые детские сады и школы, а при необходимости - возможность использования услуг ресурсной поддержки специалистов;

- помощь и поддержка для успешной реализации в обществе молодых людей и людей с синдромом Дауна - поиск подходящей работы и участие в общественной жизни.

Проблема успешной интеграции не в детях, а в системе образования, которая затрудняет им доступ к образованию. Дети с синдромом Дауна могут поступить в университет и получить высшее образование. В Болгарии наблюдается тенденция к тому, что все больше и больше детей с синдромом Дауна посещают массовые детские сады, потому что это очень полезно для развития ребенка и является его правом.

Методы интеграции за пределами Болгарии. В Англии было

проведено исследование, автор которого собрал данные за один год от более чем 400 семей с детьми с синдромом Дауна, которые посещают общеобразовательные школы. Данные показывают, что значительная часть таких детей может успешно посещать школу и быть там хорошо принята и даже подружиться с другими детьми, и дружба эта продлится и после окончаний учебных занятий. Эти факты приводят к увеличению числа родителей, желающих записать своего ребенка в местную школу. В то время, как большинство детей с синдромом Дауна могут участвовать в некоторых занятиях с небольшой дополнительной помощью, максимальная польза получится в том случае, если у ребенка будет вспомогательный учитель, который будет рядом с ним большую часть времени.

При использовании дополнительных специалистов, будь то вспомогательный учитель или медицинский работник, важно, чтобы каждый осознавал свою роль. Они должны присутствовать, в первую очередь, для того, чтобы помогать ребенку. В то же время, они также должны оказывать поддержку и классному руководителю. Одной из основных целей поддержки должно быть достижение большей независимости учащихся и постепенное снижение их потребности во внешней помощи.

Во время начального образования дети с синдромом Дауна с 1-го по 7-й класс учатся вместе со своими сверстниками, несмотря на то, что 60% из них разделены на отдельные группы для обучения у вспомогательных учителей, логопедов или терапевтов. В средней школе, с 8 по 12 класс, большинство учеников учатся в смешанных классах несколько дней в неделю, с дополнительной помощью или без нее, а в остальные дни - в небольших классах или отдельных группах.

Данные более чем 300 анкет, а также многочисленные обсуждения с родителями и учителями показывают, что обучение детей с синдромом

Дауна в общеобразовательных школах является успешным и полностью осуществимым, как для начальных, так и для средних школ. Пока, все еще, по-прежнему существует потребность в достаточных средствах и больше внимания необходимо уделять тому, как дети будут получать эту помощь.

Ключевые факторы успешной адаптации:

- Хорошая преемственность со стороны школы в целом для детей с особыми образовательными потребностями

- Гибкие методы обучения вспомогательными учителями

- Соблюдение классным руководителем учебной программы ребенка

- Плодотворное общение между школой и родителями

- Поддержка школы со стороны местных образовательных служб

Если эти факторы присутствуют, не будет причин, по которым большинство детей с синдромом Дауна не смогут посещать свои местные школы и получать от них пользу, как в социальном, так и в академическом плане, во время их начального и среднего образования.

Качество жизни детей с синдромом Дауна - Качество жизни (QoL) относится к «восприятию человеком своего места в жизни в контексте культурной и ценностной системы, в которой он живет, и в отношении его целей, ожиданий, стандартов и интересов» (ВОЗ). Качество жизни, связанное со здоровьем (HRQoL), является частью общей концепции (QoL) и отражает общее влияние болезни и ее лечения на ребенка/семью.

Качество жизни ребенка с синдромом Дауна означает, что он растет в своей семье, ходит в местную школу, пользуется транспортным средством, на котором ездят его сверстники, занимается профессией, соответствующей его интересам и способностям, и создает семью.

Таким образом, постепенно, ребенок формируется как зрелая

личность, которая может брать на себя ответственность за свою жизнь, думать и отвечать, как делают все остальные.

Качество жизни детей с синдромом Дауна дает равные возможности выбора и контроля в повседневной жизни, которые люди без инвалидности считают вполне естественными.

В условиях экономической реформы больше всего страдают молодые люди с ограниченными возможностями, в том числе с синдромом Дауна, у которых зачастую практически нет шансов на профессиональную реализацию из-за низкого уровня образования.

Законодатель, работодатели и общество в целом должны верить, что ограниченные способности не означают некомпетентность.

Чтобы помочь детям с синдромом Дауна, общество должно быть информировано о том, что эти дети существуют и что они являются неиспользованным и неизвестным ресурсом со своим собственным потенциалом и творческими способностями.

Чтобы говорить о качестве жизни и социализации детей с синдромом Дауна, общество должно следовать одному важному правилу - равное участие этих детей в общественной жизни посредством активного влияния на их разговорные, умственные и учебные навыки, потому что повышение качества жизни дает ребенку возможность сделать собственный выбор и самореализоваться.

Продолжительность жизни людей с синдромом Дауна - средняя продолжительность жизни составляет от 45 до 55 лет, некоторые доживают до 60 и даже 70 лет.

1.7. Этические проблемы

21 марта отмечается Всемирный день человека с синдромом Дауна, и даже есть специальный символ, обозначающий синдром –

желто-голубая лента. Однако при всей ширине резонанса относительно данного явления, этическая сторона вопроса долгие годы вызывает множество споров и противоречий. В частности, весьма острой является тема абортов.

В ряде европейских стран были проведены исследования, которые показали высокий процент абортов среди беременных, которые получили положительные результаты пренатального тестирования на наличие у эмбриона синдрома Дауна. В подавляющем большинстве случаев (91-93%) семейные пары принимали совместное решение о прерывании беременности. Специалисты по вопросам этики и ряд специалистов из области медицины выражают обеспокоенность такой ситуацией и её этическими последствиями для общества. На сегодняшний день мнения специалистов разделяются и существуют диаметрально противоположные точки зрения на этот счет.

Рональд Грин, специалист, занимающийся вопросами этики в области медицины, считает, что при наличии генетических отклонений у плода непременно стоит избавиться от него. Сходного мнения придерживается и руководитель Ассоциации Синдрома Дауна – Клэр Райнер, который предлагает максимально популяризировать пренатальную диагностику и в тех случаях, когда будет обнаружено нарушение в развитии прибегать к искусственному прерыванию беременности. Для обоснования целесообразности данной процедуры указывается целый ряд причин: затруднения с проведением лечебных процедур и мероприятий, невозможность обеспечения должных условий для обучения, тяжелый процесс социализации, внушительные финансовые затраты на содержание больного человека. Сторонники этой позиции предлагают родителям честно ответить самим себе на вопрос: готовы ли они посвятить свою жизнь тщательному уходу за особенным ребенком и осознают ли они, что окружающие семью люди

также будут вовлечены в череду забот, которые не всегда приятны. Жизнь самого ребенка также сложно будет назвать легкой, и неизвестно, как сложится его судьба после того, как родителей не станет.

Существуют и другая точка зрения на проблему аборт. Многие специалисты негативно относятся к росту числа абортов, чрезвычайно обеспокоены тем, что такой подход практически идентичен различным евгеническим программам по убийству и стерилизации больных, которые проводились в XX веке некоторыми странами и осуждались цивилизованным миром. Последователи данной точки зрения считают, что такой взгляд попросту обесценивает человеческую жизнь, ведь эмбрион становится чем-то вроде неисправной детали в бытовой технике или ином механизме, которую можно легко выкинуть и заменить на другую. К тому же, аборт во многих случаях оказывают серьезное неблагоприятное влияние на материнский организм, вызывают различные осложнения и даже могут грозить бесплодием.

Прерывание беременности по медицинским показаниям, к которым относится и синдром Дауна, разрешено законом и проводится на любом сроке беременности, поэтому не стоит осуждать тех родителей, которые решили, что не готовы взять на себя суровое жизненное испытание и подвергнуть ему своего ребенка. Для женщины гораздо безопаснее будет, если прерывание произойдет на ранних сроках беременности. Вот почему очень важно проходить своевременную пренатальную диагностику.

По всему миру действуют организации, помогающие людям с хромосомным заболеванием адаптироваться к жизни в обществе. Надо признать, что в нашей стране оказывается недостаточная поддержка людей с генетическими заболеваниями. Малышу с синдромом Дауна необходимы регулярные осмотры и консультации врачей, что заставляет родителей и ребенка постоянно сталкиваться с несовершенствами

системы здравоохранения в России, либо вкладывать огромное количество денег в платную медицину. Трудности в получении образования, работы, налаживания личных контактов всю жизнь преследуют человека с синдромом Дауна.

Никто не может с уверенностью говорить, что человек с синдромом Дауна глубоко несчастлив, не принят обществом, или живёт в бесконечных страданиях из-за своего состояния.

Учитывая вышеизложенные аргументы, надо признать, что очевидного разрешения проблемы этических разногласий на сегодняшний день просто нет. Каждая семья должна самостоятельно выбрать тот или иной вариант, в зависимости от своих убеждений и взглядов на жизнь.

В последние годы, в связи с ростом интереса к этическим вопросам медицинской помощи и высокотехнологичной медицины, возросло внимание к этическим вопросам людей с ограниченными возможностями. На многие вопросы нельзя ответить однозначно, но направление уже ясно. Эти люди заслуживают уважения, терпимости, заботы и поддержки, как любое человеческое существо.

В европейских странах, включая Россию и Болгарию постепенно меняется отношение к людям с ограниченными возможностями. Люди уже пытаются понять их потребности и характеристики. Много изменилось в отношении особенных людей, которые все больше рассматриваются как равные и равноправные партнеры в обществе.

1.8. Прогнозы при своевременной помощи

Раннее вмешательство у младенцев и детей с синдромом Дауна может иметь решающее значение для улучшения качества их жизни. Поскольку каждый ребенок с синдромом Дауна уникален, лечение

основано на его индивидуальных потребностях. Также, в разные периоды жизни могут потребоваться разные виды ухода. Предоставление доступной, качественной, эффективной и квалифицированной помощи - серьезная и трудная задача не только для медицинского сообщества, но и для всей болгарской общественности.

В любом обществе дети-инвалиды имеют те же социальные потребности, что и их здоровые сверстники. Они нуждаются в уважении и хотят исследовать окружающий их мир вместе с окружающими их людьми. Они надеются быть хорошо принятыми не только в своей семье, но и всеми другими людьми.

Жизнь ребенка с синдромом Дауна осложнена не только физическими отклонениями, заметными дефектами внешности, но и серьезными пороками внутренних органов. Существенное отставание в умственном развитии мешает получить образование и препятствует успешному интеллектуальному труду. В большинстве случаев детям с синдромом Дауна с трудом удается привить минимальные бытовые и коммуникационные навыки, необходимые в повседневной жизни. Но, в то же время, известны случаи успехов таких людей в области изобразительного искусства, актерского мастерства, спорта, а также получения высшего образования. Взрослые с синдромом Дауна могут вести самостоятельную жизнь, овладевать несложными профессиями, создавать семьи.

О профилактике синдрома Дауна можно говорить только с позиции уменьшения возможных рисков, поскольку вероятность рождения больного ребенка существует в любой паре. Акушеры-гинекологи советуют женщинам не откладывать беременность на поздний возраст. Прогнозировать рождение ребенка с синдромом Дауна призвано помочь генетическое консультирование семей и система пренатального скрининга.

Для многих семейных пар крайне важна информация о том, какое состояние у малыша, которого они ожидают, и присутствуют ли в его развитии какие-либо серьезные отклонения.

Родители, которые при беременности обращаются к тестам на синдром Дауна, дают себе возможность принять своевременные решения, от которых будет зависеть благополучие семьи. Получив медицинское подтверждение о наличии хромосомных аномалий у плода, беременная женщина может прервать беременность на любом сроке, это будет законно и, с точки зрения многих специалистов, гуманнее по отношению, как к самому ребенку, так и к семейной паре. К тому же, распознавание патологии и прерывание беременности на раннем сроке несет гораздо меньше вреда организму матери.

Многие семейные пары приходят в ужас от мыслей, что их долгожданный ребенок может иметь болезнь Дауна.

Но существует и немалая доля семей, в которых о прерывании беременности не может быть и речи. Эти люди готовы воспитывать своего ребенка любым и счастливы, приняв малыша таким, какой он есть. В таком случае пренатальный тест будет полезен тем, что позволит будущим родителям быть заранее проинформированными о грядущих трудностях. Во время беременности они уже смогут морально подготовиться к переменам в своей жизни, встретиться с соответствующими специалистами, найти в своем городе организованные группы поддержки для семей, где воспитывают ребенка с синдромом Дауна.

Дети с синдромом Дауна также, как и все дети, способны общаться и любить, им также нравится играть, рисовать и петь. Порой такие дети могут радовать родителей и удивлять окружающих своими способностями. Есть реальная история про то, как мальчик с синдромом Дауна, прибывший в швейцарский институт по изучению детей с

отклонениями, примерно через 6-7 месяцев научился безупречно говорить на японском языке. Однако стоит помнить, что этот случай, скорее исключение, чем правило. Многие дети с этой патологией, даже при надлежащих заботе и уходе, не могут адаптироваться в обществе, а их семьи испытывают огромное количество бытовых и финансовых трудностей.

Интеграция детей и подростков с синдромом Дауна требует решительного и ясного взятия ответственности со стороны государства, различных общественных организаций и субъектов социальной жизни общества. Большие успехи в образовании и развитии детей с ограниченными возможностями в развитых странах связаны, в первую очередь, с сильной общественной поддержкой, в основе которой, как ключевой аспект человеческих отношений, остается, прежде всего, гуманизм.

Мы твердо уверены в том, что и в Болгарии со все большим успехом будет проходить интеграция людей с синдромом Дауна, что со временем позволит им вести достойную и независимую жизнь.

Основные выводы:

- Всех детей можно научить. Дети с ограниченными интеллектуальными возможностями учатся медленнее, но могут достичь видимых успехов;
- Дети с отклонениями в развитии могут овладеть всеми навыками, которые позволят им стать частью общества;
- Родители, как воспитатели, играют наиболее важную роль;
- Эффективность обучения зависит от возраста ребенка. Занятия следует начинать с момента постановки диагноза или выявления трудностей в развитии. Отсюда термин - «ранняя педагогическая помощь»;
- Эффективность обучения достигается за счет продуманной

системы оценок и педагогических методов;

- Все дети разные, как и их семьи. Хорошая программа - это та программа, которая отвечает потребностям, как ребенка, так и его семьи.

Развитие детей с ограниченными интеллектуальными возможностями или множественными нарушениями, их образование и приобретение опыта напрямую зависят от того, насколько методики адаптированы к индивидуальным характеристикам и потребностям учащегося для достижения максимально возможных результатов.

Тест контроля знаний:

1. Что такое синдром Дауна и каковы его причины?
2. Передается ли синдром Дауна по наследству?
3. Когда ставят диагноз таким детям?
4. Перечислите типы синдрома Дауна и укажите типичные признаки и симптомы.
5. Перечислите проблемы со здоровьем, которые сопровождают детей с синдромом Дауна.
6. Какие мероприятия включает комплекс лечения синдрома Дауна?
7. Какие специалисты входят в междисциплинарную команду по уходу за такими детьми?
8. Перечислите реабилитационные мероприятия для детей с синдромом Дауна и укажите цели их реализации.
9. Перечислите основные способы общения с людьми, страдающими синдромом Дауна.
10. Перечислите основные стратегии и способы работы с детьми с синдромом Дауна.
11. Укажите преимущества раннего вмешательства у детей с синдромом Дауна.

12. Перечислите ключевые факторы успешной адаптации детей с сахарным диабетом.

Литература:

1. Анчева, А. Дейности в подкрепа на родителите на деца с увреждания / А. Анчева. - Научни трудове на Русенския университет, 2008. - Том 47. - Серия 5.4.
2. Булкина, Т.В. В объятия ласкового «Дауна»: о детях с синдромом Дауна / Т.В. Булкина // Фактор. - 1998. - № 8. - С. 69-71.
3. Добрев, Зл. Основи на дефектологията / Зл. Добрев. - София: УИ «Климент Охридски», 1992.
4. Жиянова, П.Л. Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна: методическое пособие / П.Л. Жиянова. – М., 2002. - 124 с.
5. Карин Дом: сайт. – Варна. - URL: <http://karindom.org/bulgarian/programa-ranna-intervencia/biblioteka/kak-se-razviva-vasheto-dete/> (дата обращения: 05.12.2020).
6. Климонтович, Е.Ю. Увлекательная логопедия: пособие по развитию речи / Е.Ю. Климонтович. - М.: Центр лечебной педагогики, 2019. – С. 34-39.
7. Колева, И. Основи на рехабилитацията (с алгоритми при социално-значими заболявания и увреди на нервната система и опорно-двигателния апарат): учебник / И. Колева. – София, 2010.
8. Лыкова, И.А. Художественный труд в детском саду. Экопластика: аранжировки и скульптура из природного материала / И.А. Лыкова. – М.: Издательский дом «КАРАПУЗ», 2009. - С. 54-61.
9. Макатон. Википедия Свободная энциклопедия. - URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Макатон> (дата обращения: 05.12.2020).
10. Макатон. Языковая программа МАКАТОН в России. - URL:

<http://makaton.ru/> (дата обращения: 05.12.2020).

11. Мойра Питерси и Робин Трилор. Маленькие ступеньки: программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии / М. Питерси, Р. Трилор ; пер. с англ. - М.: Ассоциация Даун Синдром, 2015. - С. 92-111.

12. Николова, М. Подкрепа на семейството при отглеждане на дете с увреждане / М. Николова; Академично списание Управление и образование. - Бургас, 2017. - Т. XIII. - Кн. 5.

13. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями интеллекта: Коррекционно-развивающее обучение и воспитание / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева. - М.: Просвещение, 2005. - 261 с.

14. Сдружение «Синдром на Даун България». - URL: <http://downsyndrome.bg/> (дата обращения: 05.12.2020).

15. Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми образовательными потребностями: сб. методических материалов семинара в рамках образовательного форума. - Пермь, 2018. - 62 с.

16. Семаго, Н.Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития / Н.Я. Семаго // Дефектология. - 2000. - № 1. - С. 66-75.

17. Таточенко, В. Если у малыша синдром Дауна / В. Таточенко // Семья и школа. - 1994. - № 10. - С. 26-28.

18. Шапкова-Танева, П. Нови посоки в обучението на деца със синдром на Даун / П. Шапкова-Танева // Сп. „Специална педагогика“. - София, 2011. - Бр. 2.

19. Down Syndrome: Health Issues. News and Information for Parents and Professionals. - URL: www.ds-health.com (дата обращения: 10.12.2020).

20. European Down Syndrome Association (EDSA). - URL: <http://www.edsa.eu/> (дата обращения: 10.12.2020).

21. Gameraen-Oosterom, Hillegonda Bertine Matthea van. (2013). Growth, Development and Social Functioning of Individuals with Down Syndrome.

22. Huiracocha, Lourdes, Almeida, Carlos, Huiracocha, Karina, Arteaga, Jorge, Arteaga, Andrea, & Blume, Stuart. Parenting children with Down syndrome: Societal influences // Journal of Child Health Care. – 2017. - № 21(4). – P. 488-497.

23. Lorenz, S. Making inclusion work for children with Down syndrome. Down Syndrome News and Update. – 1999. - 1(4). - P. 175-180. - doi:10.3104/practice.149. - URL: <https://library.down-syndrome.org/en-us/news-update/01/4/making-inclusion-work-down-syndrome/>

24. Startin, Carla M, Rodger, Erin, Fodor-Wynne, Lucy, Hamburg, Sarah, & Strydom, André. Developing an Informant Questionnaire for Cognitive Abilities in Down Syndrome: The Cognitive Scale for Down Syndrome (CS-DS). PloS One. – 2016. - № 11(5). - E0154596.

25. The Down's syndrome program at Macquarie University [videorecording] / directed and produced by Moira Pieterse. Trove. National Library of Australia. - - URL: <https://trove.nla.gov.au/work/22060286?q&versionId=26609295>.

26. Wiseman, Frances K., Alford, Kate A., Tybulewicz, Victor L.J., & Fisher, Elizabeth M.C. Down syndrome-recent progress and future prospects. Human Molecular Genetics. -2009. - № 18 (R1). - R 75-R 83.

ГЛАВА 2

Аутизм и основы его коррекции

*Универсального подхода к
пациенту с аутизмом НЕТ!
Каждый аутист уникален.*

2.1. Понятие об аутизме: классификация, распространение гипотезы, факторы и характеристики заболевания

Аутизм - это всепроникающее расстройство развития функций мозга (определяемое в соответствии с диагностическими критериями DSM-IV и ICD-10), мешающее человеку систематизировать и понимать информацию, которую он получает через свои органы чувств. Заболевание было описано еще в 1943 году детским психиатром Лео Каннером. Параллельно с ним, австрийский педиатр Аспергер (1944) наблюдал клинические симптомы, сходные с аутизмом, лежащие в основе синдрома Аспергера, который является одним из вариантов этого заболевания. Термин «аутизм» был введен в 1907 году Ойгеном Блойлером и происходит от греческого autos (сам, он) и в точном переводе означает «существование себя для себя».

Классификация

Современные системы классификации, которые используют специалисты в своей практике - это *Международная классификация болезней - десятая редакция (МКБ-10)* и *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятое издание (DSM-V)*. В этих руководствах расстройства аутистического спектра определяются как «группа расстройств, характеризующихся качественными нарушениями социальных отношений и коммуникативных моделей, а также ограниченным, стереотипным,

повторяющимся набором интересов и занятий». МКБ-10 (1987) включает:

- *F84 Генерализованное расстройство развития*, включающее следующие состояния:

- *F84.0 Детский аутизм*,

- *F84.1 Атипичный аутизм*,

- *F84.2 Синдром Ретта*,

- *F84.3 Другое дезинтегративное расстройство в детском возрасте*.

- *F84.4 Гиперактивное расстройство в сочетании с умственной отсталостью*,

- *F84.5 Синдром Аспергера*,

- *F84.8 Другие генерализованные нарушения развития*.

- *F84.9 Генерализованное расстройство развития (неуточненное)*.

По сравнению с DSM-IV, DSM-V претерпел некоторые изменения, выражающиеся в том, что название с всепроникающих / генерализованных расстройств развития (ГРР) изменено на Расстройства аутистического спектра (РАС). Устранены PDD-NOS и синдром Аспергера. Вместо трех, остаются две основные области нарушений - повторяющееся и ограниченное поведение и дефицит социальной коммуникации и социальных взаимодействий. К симптомам добавляется необычное сенсорное поведение. Критерии тяжести включены, чтобы подтвердить представления о спектре нарушений (3 степени поражения). Добавлена новая диагностическая категория, которая, однако, находится за рамками расстройств аутистического спектра (РАС) и помечена как «Расстройство социальной коммуникации». В Болгарии используется МКБ-10.

Распространение

По данным ВОЗ, аутизм встречается от 1 до 6 на 1000 случаев.

Согласно Оксфордскому справочнику по педиатрии, распределение случаев расстройств аутистического спектра выглядит следующим образом:

- аутизм - примерно 1 из 1000;
- синдром Аспергера - 3–4 на 1000;
- синдром Ретта - 1 из 15 000.

По данным Американского Центра по контролю и профилактике заболеваний (2009), каждые 21 минуту диагностируется расстройство аутистического спектра у детей, а 1% населения планеты Земля страдает той или иной формой аутизма. Разделение по полу идет в пользу мальчиков, у них аутизм встречается в четыре раза чаще.

В Болгарии нет официальной статистики о заболеваемости аутизмом, но в последнее время интерес к этому заболеванию, несомненно, растет, о чем свидетельствует открытие все большего количества центров по работе с этими детьми.

Гипотезы возникновения аутизма

Особенности функционирования семьи - в одной из первых своих статей Каннер отмечал, что среди родителей аутичных детей редко встречаются действительно сердечные люди. Предполагается, что отсутствие физической близости, объятий, эмоционального сочувствия и поддержки ребенка являются предпосылками для появления аутичных шрамов. Этот тип родителей обычно занимается интеллектуальной и абстрактной деятельностью, которая ограничивает интерес к ребенку. Другой тип функционирования семьи связан с проявлением родительского гнева и неприятия, т.е. выражение родительской поддержки для усиления возникающих симптомов аутизма.

Нет убедительных доказательств того, что определенный тип функционирования семьи приводит к развитию аутизма, но исследования, сравнивающие родителей аутичных детей и родителей

нормальных детей, обнаружили некоторые различия.

Другая гипотеза состоит в том, что аутизм - это нарушение *неврологического развития*, в т.ч. нарушение развития мозга. Были изучены ткани мозга людей с аутизмом, умерших в возрасте от 5 до 74 лет. Были обнаружены явные нарушения в лимбической системе (где расположен эмоциональный центр мозга) и в гиппокампе (отвечающем за функции памяти).

Другой широко обсуждаемой гипотезой как причины аутизма была *вакцинация*. В ряде исследований и публикаций была предпринята попытка доказать, что консервант Тимесорал (метилртуть), содержащийся в прививке от кори, паротита и краснухи, является причиной аутизма. После нескольких лет наблюдений в этом направлении, эти обвинения были отвергнуты экспертами Верховного суда США.

Факторы, предрасполагающие к аутизму:

- Экзогенные факторы

Факторы окружающей среды

Тератогенные факторы внешней среды делятся на:

- физические (воздействие радиационных агентов, травмы)

- химические (загрязнение воздуха, загрязнение почвы некоторыми пестицидами и другими химическими веществами (полихлорированными бифенилами, бисфенолами и фталатами), накопление в рационе ряда консервантов и красителей)

- Эндогенные факторы

Факторы в организме матери

Неврологические факторы - диагноз аутизма очень часто связан с неврологическими нарушениями, вызванными врожденной краснухой, фенилкетонурией, туберозным склерозом, т. е. чаще всего, у матерей детей с аутизмом наблюдаются осложнения во время беременности и

родов.

Генетические факторы - синдром Х-ломкой хромосомы связывают с аутизмом. 2-4% братьев и сестер детей с аутизмом также имеют диагноз аутизма. Это на 50% больший риск, чем риск для всех остальных.

Иммунологические факторы - существуют доказательства того, что иммунологическая несовместимость между матерью и эмбрионом или плодом может способствовать аутизму. Лимфоциты плода вступают в реакцию с материнскими антителами, повышая вероятность повреждения нервных связей во время беременности.

Проблемы при беременности

- кровотечение при беременности после первого триместра;
- наличие мекония в околоплодных водах;
- респираторный дистресс-синдром;
- неонатальная анемия.

Материнское здоровье

- нарушения иммунной системы;
- окислительный стресс;
- уровень метилирования в организме;
- митохондриальная дисфункция;
- метаболизм свободных жирных кислот, заболевания, сопровождающиеся воспалением в организме матери (диабет, ожирение, аутоиммунные заболевания)
- лекарства, принимаемые во время беременности.

В последнее время обсуждается, но не доказана, связь между приемом парацетамола во время беременности и увеличением заболеваемости аутизмом.

Существуют исследования, подтверждающие связь между состоянием организма матери до беременности и во время беременности

с рождением ребенка спектра аутизма.

Эти взаимосвязи подтверждают тот факт, что изменение определенных факторов в организме матери может снизить вероятность рождения ребенка с аутизмом.

Подготовка женского организма путем проведения соответствующих мероприятий по снижению риска рождения ребенка с аутизмом включает в себя:

- прием фолиевой кислоты во время беременности;
- дополнительное потребление жирных кислот омега-3 в виде качественного и чистого рыбьего жира во время беременности и в период кормления грудью;
- поддержание оптимального уровня витамина D во время беременности. Важно контролировать уровни витамина D, поскольку как низкие, так и чрезмерные концентрации витамина D сопряжены с риском;
- удовлетворение дополнительных потребностей в йоде и мониторинг уровня гормонов щитовидной железы матери во время беременности;
- поддержание нормального уровня железа в организме во время беременности. Мониторинг запасов железа следует проводить регулярно, по крайней мере 3-4 раза при беременности.

Все перечисленные мероприятия, позволяющие снизить риск рождения ребенка с аутизмом (или другим заболеванием), безвредны, и это вопрос осведомленности и готовности к их проведению.

Характеристики аутизма

Аутизм может возникнуть сам по себе или в сочетании с другими расстройствами, например, эпилепсией, синдромом Дауна и другими, что значительно ухудшает клиническую картину. Это заболевание - серьезное инвалидизирующее нарушение развития, которое проявляется

в первые три года жизни ребенка. От 13% до 48% детей с аутизмом до 15-30 месяцев развивались нормально, но затем начинают появляться первые признаки аутизма.

Чтобы диагностировать **детский аутизм**, необходимо, чтобы к 3-летнему возрасту проявился хотя бы один из следующих групп симптомов:

- нарушения в социальных отношениях - *симптомы группы А*
- расстройства выражения / речи и языка – *симптомы группы В*
- повторяющиеся стереотипные действия - *симптомы группы В*

Диагностические критерии аутистического расстройства включают сочетание следующих симптомов в соответствующих группах:

Симптомы группы А

- отсутствие социальной и эмоциональной взаимности;
- отсутствие зрительного контакта и неадекватные жесты во время социального контакта;
- отсутствие спонтанного желания делиться разными чувствами с другими людьми;
- невозможность создания дружеских отношений с детьми того же возраста;
- отсутствие интереса к другим, их деятельности и эмоциям.

Симптомы группы В

- задержка или отсутствие развития разговорной речи, которые не сопровождаются попыткой компенсировать жестами или мимикой;
- неспособность вести и поддерживать разговор;
- стереотипное/повторяющееся использование языка (использование собственных слов или выражений);
- отсутствие, типичных для возраста, непосредственности и воображения.

Симптомы группы В

- всестороннее поглощение внимания одним или несколькими стереотипными и ограниченными шаблонами интереса, которые неестественны по интенсивности или концентрации;
- навязчивое соблюдение определенных нефункциональных действий (игр, ритуалов);
- стереотипные/повторяющиеся движения (рук, ног или других частей тела);
- чрезмерная привязанность к нефункциональным игрушкам/предметам.

Речевые и языковые расстройства

- отсутствие речи, неречевых звуков или задержка речевого развития;
- эхолалия (повторение чего-то услышанного) или замедленная эхолалия. (повторение услышанного ранее);
- отсутствие общения с другими детьми;
- путаница в местоимениях «я» и «ты»

Диагностика аутизма

Согласно диагностической классификации психических расстройств, симптомы аутизма должны проявляться в возрасте до трех лет, но ранняя диагностика затруднена, поскольку симптомы в первые два года неспецифичны.

Необходима многомерная и мультимодальная диагностика. В качестве стандартных диагностических инструментов используются полу-стандартизированные интервью для диагностики аутизма: *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R; Lord, Rutter & LeCouteur, 1994) и шкала наблюдений *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS: Lord et al., 2000).

Основные правила диагностики описаны в Стандартах детской

психиатрии. С 2010 года в Болгарии распространен бесплатный способ скрининга для раннего выявления аутизма у детей в возрасте до 3 лет, позволяющий оценить степень, в которой ребенок достиг возрастного уровня развития. Вопросы связаны с наблюдением за поведением, например, проявлением интереса к другим детям, показыванием пальцем и игрой «понарошку». Этот метод состоит из 9 вопросов, которые педиатр задает родителям, и 5-ти моделей поведения, которые врач может наблюдать во время домашних визитов.

Цель, в соответствии с мировыми тенденциями - как можно раньше диагностировать ребенка (около 3 лет) и направить к соответствующим специалистам для стимулирования развития.

2.2. Психолого-педагогическая и социальная характеристика детей с аутизмом

Отсутствие прото-декларативного указывания/показывания

Прото-декларативное указание означает использование ребенком пальца, чтобы показать другому человеку, что есть интерес к объекту (предмету или другому человеку).

Необычные реакции на раздражители окружающей среды

У аутичных детей часто наблюдаются необычные реакции на раздражители окружающей среды, включая сильную реакцию или неожиданное отсутствие таковой. Некоторые звуки (например, от пылесоса или мотоцикла) могут вызывать продолжительный крик. Звук радио или телевизора может вызвать гиперакузию - состояние, при котором нормальные звуки вызывают чрезмерную слуховую стимуляцию, а в некоторых случаях даже состояние боли. Дети с аутизмом также могут проявлять серьезную реакцию или гнев на повседневные сенсорные раздражители, такие как яркий свет или

прикосновение.

Отсутствие символической игры

Ряд исследований показал, что отсутствие символической игры у младенцев и детей младшего возраста является сильным прогностическим признаком развития аутизма на более поздней стадии, поэтому проверка наличия символической игры имеет решающее значение в рутинной оценке младенцев. У детей с аутизмом может проявляться интерес к отдельным частям объекта, а не ко всему функционирующему объекту. Например, ребенок с аутизмом может захотеть повернуть колесо коляски, вместо того, чтобы толкать коляску по земле.

Характеристики, сопровождающие отсутствие символической игры:

- Патологическое стремление к одиночеству
- Стереотипное поведение, боязнь изменения привычного порядка
- Чрезмерная занятость рук
- Ходьба на цыпочках
- Отвращение к прикосновениям
- Отсутствие зрительного контакта
- Отношение к людям как к неодушевленным предметам
- Повторяющиеся движения

Поведенческие модели поведения аутистов

Агрессивный - возможен при сильной сенсорной перегрузке или эмоциональной депрессии.

Аутоагрессия - склонность к членовредительству.

Стереотипность - повторяющиеся однотипные действия.

Физические характеристики аутичных детей

- В возрасте 2-7 лет они обычно ниже своих сверстников.

- Многие аутичные дети могут одинаково хорошо пользоваться обеими руками тогда, как у нормальных детей уже есть ведущая рука.

- Более высокий болевой порог – У детей с аутизмом может отсутствовать нормальная реакция на боль и физическую травму - вместо плача и немедленного обращения к родителю при порезе или ударе, ребенок может не показывать никаких изменений в поведении. Иногда родители даже не догадываются, что ребенок получил травму, пока не видят место травмы.

- Восприимчивость к инфекциям - Из-за иммунологических проблем, дети с аутизмом могут быть особенно уязвимы к развитию инфекций и лихорадочных состояний. Во время повышения температуры поведенческие аномалии у детей с аутизмом могут быть менее выраженными (например, членовредительство, агрессия по отношению к другим, вспышки раздражения, гиперактивность и др.). Такое подавление негативного поведения можно наблюдать при различных лихорадочных состояниях, включая инфекции уха, инфекции верхних дыхательных путей и др. Выздоровление может сопровождаться резким возвращением к обычным проблемам, связанным с поведением аутичного ребёнка.

Проблемы с питанием - Около 3/4 детей с расстройством аутистического спектра страдают ненормальным пищевым поведением до такой степени, что в прошлом это было диагностическим индикатором аутизма. Самая распространенная проблема - это избирательность в питании, а также соблюдение небольших ритуалов до и во время кормления или отказ ребенка от еды. В более тяжелых случаях наблюдается гастроэзофагеальный рефлюкс или отказ от еды.

Расстройства социальных отношений

Нарушения социального развития проявляются еще в раннем детстве, а у аутичных младенцев наблюдается:

- меньшее внимание к социальным стимулам, таким как улыбка и взгляд другого человека;
- отсутствие реакции или слабая реакция на свое имя;
- проблемы во взаимоотношениях с членами семьи. Часто встречаются расстройства социальных взаимодействий;
- отсутствие друзей;
- привязанность к предметам, которые обычно не интересны детям.

2.3. Терапевтические методы лечения аутизма

Существуют различные системы и методы терапии аутизма. Генерализованный характер расстройства требует комплексного подхода к терапии, который предполагает совместную и согласованную работу разных специалистов, цель которых - качественное изменение функций и достижение лучшего результата.

Терапия нарушений развития подчиняется следующим принципам:

- Систематичность;
- Полнота;
- Индивидуальный подход;
- Единство врачебной и психолого-педагогической деятельности;
- Взаимодействие с социальной средой;
- Сотрудничество с семьей

Виды терапии

Медицинская

Психологическая и поведенческая терапия:

- *Терапия Монтеessori;*
- *Прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis, ABA);*

- Сенсорно-интегративная терапия;
- Удерживающая (Холдинг) терапия;
- Нейротренинг (Биофитбэк).

Логопедия

Трудотерапия

Альтернативные методы терапии

Медицинская терапия

Медицинская терапия чаще всего проводится фармакологически, с помощью лекарств, назначаемых симптоматически для сопутствующих заболеваний (например, эпилепсии, желудочно-кишечных проблем и т.д.)

Психологическая и поведенческая терапия

Терапия Монтессори

Терапия Монтессори - это метод воспитания при работе с детьми-инвалидами. Он назван в честь его создателя Марии Монтессори (1870–1952) - итальянского врача и всемирно известного педагога, работавшего в психиатрической клинике в Риме. Во время своей работы она заметила, что не все дети в клинике были психически больными, а, скорее, имели проблемы с развитием из-за того, что были заперты в психиатрическом учреждении. После их успешного перевода за пределы клиники, итальянский педагог начинает уделять этим детям особое внимание. Она работает с ними с помощью различных методов и материалов, как заимствованных у других ученых, так и разработанных лично ею. Прогресс, достигнутый в различных аспектах развития этих детей, заставляет Монтессори задаться вопросом: к чему бы привело применение такой методики при работе с обычными детьми?

Для того чтобы ребенок мог нормально развиваться, он должен получать сенсорный опыт, который затем обрабатывает как полезную для него информацию. По мнению Марии Монтессори, рука является

главным органом человеческого интеллекта. Вот почему Монтессори разрабатывает специальную систему материалов, с помощью которой ребенок, хватая, может изучать или, как она говорит: процесс обучения проходит от хватания к пониманию. Таким способом гораздо легче и более надолго выучиваются абстрактные понятия, отношения и свойства предметов и явлений из окружающей нас реальности. У ребенка-инвалида, в зависимости от характера и степени заболевания, процесс получения сенсорного опыта на различных стадиях дает сбой. Например, у детей с двигательными проблемами (такими как церебральный паралич и другие нервно-мышечные заболевания) неспособность поймать или дотянуться до определенных предметов в окружающей их среде приводит к ограничениям и задержкам в интеллектуальном развитии, языке и речи. И все потому, что процесс от хватания к пониманию затруднен. Через терапию Монтессори ребенку дается возможность получить недостающий сенсорный опыт, приобрести различные навыки в сфере повседневной жизни и, таким образом, достичь независимости, уверенности в себе, научиться сосредотачивать свое внимание.

Терапия Монтессори - это педагогическая и терапевтическая система. От привычных нам психолого-педагогических методик ее отличает заранее подготовленный набор материалов, способ и правила работы с ними, различное отношение взрослого к ребенку, его подход к маленькому пациенту, различная философия развития ребенка и его потребностей. Основными задачами работы, заложенными и в системе конкретных материалов, являются:

- развитие грубой и мелкой моторики;
- улучшение концентрации и устойчивости внимания;
- развитие самостоятельности, чувства ответственности.

В результате повышается самооценка ребенка-инвалида до такой

степени, что позже его можно безболезненно интегрировать в более широкую социальную среду, например, в социальную среду детского сада, школы и др.

Дети с множественной отсталостью обычно имеют как двигательную, так и умственную отсталость. Это приводит к проблемам в их языковом и речевом развитии. Возникают трудности в общении, а иногда и невозможность полноценного общения. В таких случаях терапевт Монтессори дает ребенку возможность выразить себя по своему, стимулируя развитие активной речи, какой бы сложной она ни была. Работа направлена на обогащение как активного, так и пассивного словарного запаса ребенка. У детей с умственной отсталостью, из-за ограниченного контакта с внешним миром, возможности накопления сенсорного опыта, необходимого для нормального умственного развития, ограничены. Именно поэтому, с помощью системы специально разработанных материалов терапия Монтессори предлагает ребенку «ключ к миру». В процессе работы маленького пациента не недооценивают, и в то же время от него не ждут слишком многого, т.е. его не перенапрягают. У таких детей, с большим трудом и терпением, выстраиваются понятия и мыслительные связи, развивается память. Во многих случаях у людей с ограниченными возможностями уровень их развития не соответствует их возрасту. В таких случаях, для того, чтобы ребенок смог интегрироваться в какую-либо социальную структуру, с помощью методов терапии Монтессори ему дается возможность развить свой потенциал и научиться быть себе полезным.

Метод Монтессори позволяет путем адаптации окружающей среды и стимулирования интереса ребенка, поддержать спонтанное желание ребенка учиться. Этот метод помогает и позволяет ребенку участвовать в собственном образовании. Методика итальянского педагога дает возможность свободного выбора и наглядного результата,

что повышает самооценку и самоуверенность ребенка. Материалы Монтессори - это просто инструмент, который помогает и стимулирует ребенка к логическому мышлению. Каждый из материалов тщательно разработан с учетом привлечения внимания ребенка на определенном этапе его развития. Терапия Монтессори - это педагогическая система свободы, при которой ребенок развивается в соответствии со своими внутренними потребностями, при поддержке и под чутким руководством взрослого (терапевта или родителя). В то же время, это педагогическая система, которая требует такой же ответственности и дисциплины, как и свобода, которую она предлагает.

Прикладной анализ поведения

Прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis, АВА) - чаще всего используется как метод обучения и вмешательства для детей с аутизмом. Этот метод был разработан доктором Иваром Ловаасом, поведенческим психологом, который впервые применил АВА к аутизму на факультете психологии Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе в 1987 году. По его мнению, социальным и поведенческим навыкам можно научить даже детей с глубоким аутизмом. В первоначальном виде метод применялся в виде штрафных санкций за несоблюдение правил. В таком виде методология считалась негуманной, поэтому методы были изменены, а цель была сохранена. В его нынешней форме АВА применяется со стимулом «отказ от вознаграждения», вместо «наказания». Этот метод лечения аутизма основан на поведенческих теориях, которые утверждают, что поведению можно научить с помощью системы вознаграждений и последствий, то есть «вознаграждения» и «воздержания от вознаграждения». Этим достигается желаемое «правильное» поведение. В работе над оперативным волевым поведением, с помощью которого человек взаимодействует со своим окружением для достижения конкретной

цели, АВА описывается как «золотой стандарт» в лечении детей с аутизмом. Такое поведение является результатом поддержки и отсутствия поддержки, т.е., в соответствии с индивидуальными предпочтениями ребенка, определяется то, что будет его стимулировать, а также правильные стимулы для его поддержки.

Конечным результатом вмешательства **«стимул - оперативное поведение - последствие»** является то, что ребенок понимает, что, реагируя определенным образом в конкретной ситуации, он получит награду, что доставляет ему удовольствие. Такое поведенческое вмешательство снижает побочные эффекты, отрицательное поведение игнорируется, а положительное поведение поддерживается вознаграждением.

В Болгарии его используют психологи при применении индивидуального обучения для отработки функции «подавления».

Сенсорно-интегративная терапия

Сенсорная интеграция связана с тем, как мозг человека обрабатывает сигналы из окружающей среды и как преобразует их в адекватные реакции тела на окружающую среду. Это неврологический процесс, связанный с правильной организацией всех ощущений, достигающих до тела и исходящих от него. Сенсорная интеграция достигается за счет использования наших органов чувств - зрения, слуха, осязания, обоняния. У детей с аутизмом эта информация, поступающая от органов чувств, обычно искажена. Мозг не может связать всю полученную информацию, обработать ее и дать адекватную обратную связь, т. е. происходит нарушение работы сенсорных каналов. Они работают, физиологически сохранены, но не взаимодействуют должным образом друг с другом. Этот дисбаланс в обработке сенсорной информации, в зависимости от степени и сенсорных каналов, которые наиболее затронуты, оказывает прямое влияние на функционирование

ребенка. Это можно исправить путем сенсорных раздражителей в игровых ситуациях. Задача терапевтов - правильно спланировать и объединить организующие и расслабляющие техники, с помощью которых они стимулируют тактильные, вестибулярные и другие ощущения.

Наиболее важным аспектом сенсорно-интегративного подхода является мотивация ребенка к выбору занятий. При правильно подобранном сенсорном опыте все дети начинают лучше обрабатывать сенсорную информацию. Существуют различные методы обучения аутичных детей. Патрисия Уилбергер, эрготерапевт, ввела термин **«сенсорная диета»**, которым обозначает индивидуальную программу действий, предоставляющую сенсорную информацию, делая человека спокойным, сосредоточенным и организованным. Эффективная сенсорная диета учитывает все сенсорные трудности ребенка. Учитывается возраст ребенка, нуждается ли он в релаксации из-за его повышенной возбудимости или нуждается в стимуляции.

Сенсорно-интегративная терапия направлена на улучшение способности ребенка взаимодействовать с предметами и пространственными объектами в постоянно меняющейся среде. Она работает по следующим направлениям:

- улучшение сенсорной обработки;
- влияние на уровень возбуждения;
- влияние на внимание;
- улучшение двигательного планирования.

Основной целью является создание поведения в правильном направлении.

Удерживающая (Холдинг) терапия

Удерживающая терапия - это метод, разработанный доктором Мартой Уэлч, который предполагает удержание ребенка в объятьях

матери.

В 80-х годах XX века его широко использовали при лечении различных эмоциональных расстройств в детском возрасте. Терапия успешно применялась в ряде стран, а в некоторых из них даже были разработаны и модифицированы варианты. Эта терапия дает мощный старт эмоциональному и когнитивному развитию ребенка. Классическая форма терапии используется все реже. Гораздо чаще практикуются модифицированные варианты, в которых существует эмоционально насыщенные занятия - игры с ребенком, чтение, рисование и другие.

Основная цель терапии - коррекция через системность и поэтапность.

Удерживающая терапия работает по двум направлениям:

- «с очищающей функцией» - связано с трансформацией негативных воздействий и снятием аффективного напряжения, тревоги, страха, со снижением агрессии и негативизма;

- «с развивающей функцией» - обеспечивает развитие новых форм эмоционального контакта, которые стимулируют ребенка к подражанию, развивают его способности подражать и эмоционально осмысливать события.

Этот терапевтический метод заключается в том, что с его помощью можно стабилизировать некоторые рефлекторные реакции центральной нервной системы детей, страдающих этим заболеванием, положительно повлиять на их разговорные навыки, расширить диапазон их эмоционального восприятия и скорректировать изменения в поведении.

Удерживающая терапия может вызвать стресс у ребенка, поскольку дети с аутизмом обычно страдают от нежелательных прикосновений и взглядов «прямо в глаза», а усиление их негативного опыта может вызвать необратимые изменения в поведении и усугубить

умственную отсталость. Аутичное поведение очень разнообразно и индивидуально, пользу или вред терапии оценивает терапевт.

Нейротренинг (Biofeedback)

Нейротренинг - это метод мониторинга и сознательного контроля в реальном времени физиологических показателей, таких как: мозговые волны, дыхание, пульс. Эти показатели воссоздаются с помощью мультимедиа, отслеживая определенный диапазон значений биоэлектрической активности мозга. Метод нейротренинга был создан НАСА для обучения космонавтов. Его цель - предотвратить стресс и повысить способность концентрироваться. Он также успешно используется для лечения детей и взрослых с проблемами аутистического спектра, гиперактивности, людей с неврологическими заболеваниями, тревогой и депрессией. Этот метод синхронизирует функции мозга, что позволяет человеку научиться распознавать свои физиологические процессы и влиять на них, улучшая свое состояние. Методы нейротренинга отслеживают и обеспечивают обратную связь по физиологическим показателям, таким как: мышечная активность, дыхание, частота сердечных сокращений, артериальное давление, мозговая активность. Во время терапии информация о физиологических процессах возвращается к человеку в виде игры-картинки, тем самым заостряя его внимание и давая ему возможность сознательно управлять ими.

Таким образом, следя за мультимедиа на экране перед собой и следуя инструкциям тренера, ребенок с аутизмом всего лишь меняет схему работы своего мозга. Метод применим к детям старше 5 лет. Он основан на том факте, что: на любой процесс в организме, который можно измерить соответствующими датчиками и для которого у нас есть данные, при каких параметрах он является нормальным или патологическим, можно повлиять и скорректировать с помощью

нейротренинга.

Логопедия

Вся логопедия направлена на то, чтобы в различных сферах деятельности улучшить функционирование ребенка. Логопедия эффективна только тогда, когда поведение ребенка достигло определенного уровня сознательной регуляции, т.е. об этом может судить только вся многопрофильная команда, ухаживающая за ребенком. Цель логопеда - поддержать или наладить общение.

Трудотерапия

Трудотерапия предоставляет возможность максимальной независимости и автономии людей с физическими, психическими и эмоциональными расстройствами путем развития, восстановления, поддержания или изменения их повседневных навыков ухода за собой и работы. Кроме того, эрготерапевты помогают компенсировать необратимо нарушенные функции, адаптируя дом, школу и рабочую среду. Основная цель вмешательства трудотерапии - обеспечить полное и активное участие людей с ограниченными возможностями в общественной жизни и улучшить качество их жизни. Отличительной чертой трудотерапии является целостный подход к пациенту, который находится в центре терапевтического процесса.

Трудотерапия может стимулировать и улучшать повседневную деятельность, такую как пользование туалетом, чистка зубов, одевание, расчесывание, застегивание пуговиц, завязывание, обращение с ножницами, подъем по лестнице, езда на велосипеде и многое другое.

В процессе трудотерапии аутичный ребенок может решать ряд социальных проблем, связанных с его отношениями с другими, учиться сосредотачиваться на определенных задачах, правильно выражать свои чувства и эмоции, участвовать в играх с другими детьми. Игры аутичных детей отличаются отсутствием воображения и символизма.

Они играют стереотипно и используют игрушки определенным образом. В их играх также отсутствуют традиционные социальные элементы, что усложняет работу терапевта и требует индивидуального подхода. Трудотерапевты, наблюдая за аутичным ребенком, определяют, как он или она взаимодействуют со своим окружением, и определяют, над чем нужно работать, чтобы стать более независимым, развивая навыки самоконтроля. Нужно оценивать ряд вещей, таких как: переход к новой деятельности; игровые навыки; двигательные навыки; реакция на различные раздражители; равновесие и осанка, мелкая моторика; агрессия и др.

Альтернативные методы терапии

Помимо традиционных, применяется множество альтернативных методов лечения, которые обычно взаимно дополняются и поддерживаются. Чаще всего используются:

Музыкальная терапия

Музыка - самое доступное искусство, которое приводит к ранней эмоциональной отзывчивости, тонизирует центральную нервную систему, стимулирует дыхание и кровообращение. С раннего возраста музыка поддерживает весь психомоторный и эмоциональный потенциал ребенка, интеллект и чувствительность. Ее часто используют для изменения социального поведения детей с интеллектуальными и двигательными недостатками. Звуковая стимуляция - это метод, с помощью которого при использовании сильно отфильтрованной музыки на низких и высоких частотах создаются нейронные связи, помогающие повысить адекватность поведения ребенка. Вариантом музыкальной терапии является Drum терапия (барабанная терапия) или ритмология. Ритмология способствует повышению мозговой активности и эффективности работы мозга. Физическая передача ритмической энергии в мозг синхронизирует два полушария головного мозга.

Гидротерапия

Термин гидротерапия имеет греческое происхождение и означает водолечение. Это один из самых древних лечебных методов. Целебные ванны разных видов использовались для укрепления и восстановления здоровья на протяжении тысячелетий еще в Древнем Египте, Греции и Китае.

Гидротерапевтические процедуры чрезвычайно разнообразны: ванны, души (обливания), растирания, обертывания, водный массаж, физиотерапия в воде и т.д.. В зависимости от температуры воды, процедуры могут быть от холодных (ниже 20° С) до горячих (выше 40° С - термогидротерапия). Другими словами - гидротерапия оказывает на организм механическое, термическое и (при использовании морской, минеральной или со специфическими добавками воды) химическое воздействие.

Иппотерапия

Иппотерапия (верховая езда) в переводе с греческого означает «лечение с помощью лошади». В Болгарии популярна лечебная верховая езда. Она является одним из альтернативных подходов к влиянию на физические, интеллектуальные, эмоциональные и сенсорные проблемы у детей с особыми потребностями. Иппотерапия сопровождает и дополняет сложную работу с ребенком. Улучшает контроль над телом и осанку; походку, поведение и равновесие. Было доказано, что 110 импульсов, передаваемых лошадью, действуют одновременно и на тело, и на мозг ребенка. В верховой езде участвуют все группы мышц. Это как массаж на открытом воздухе. Иппотерапию проводят специально обученные иппотерапевты - специалисты по верховой езде.

Дельфинотерапия

Дельфинотерапия - это лечение через контакт со специально обученными дельфинами. Дельфины могут ощущать колебания

поврежденного органа, исследуя его своими ультразвуковыми волнами. Было доказано, что через звуковые волны позвоночник и мозг входят в резонанс, который стимулирует выработку определенного вещества, которое, в свою очередь, улучшает работу нервной системы в целом. Дельфинотерапия проводится специально обученными морскими биологами и психологами и позволяет детям с сенсорными нарушениями компенсировать свои недостатки.

Песочная терапия

Песочная терапия в игровых ситуациях развивает чувствительность и ассоциативность, создает близость и возможность для диалога, самопознания и самовыражения.

Арт-терапия

Арт-терапия - это форма психотерапии, в которой изобразительное искусство используется в качестве основного средства общения. Арт-терапевт не занимается диагностической оценкой образов и символов, которые создают люди. Цель арт-терапии состоит в том, чтобы помочь ребенку измениться и развить свой личный потенциал за счет использования художественных материалов и техник в безопасной и надежной среде.

Терапия стволовыми клетками

Одной из предполагаемых причин аутизма является наличие иммунного заболевания или гипоперфузии мозга, и, согласно медицинским исследованиям, стволовые клетки могут быть решением этого заболевания, поскольку они обладают иммуномодулирующим действием и могут улучшить ангиогенез в головном мозге. Некоторые родители выбрали этот метод, но его эффективность не доказана.

Гипербарическая оксигенотерапия *Hyperbaric oxygen therapy* (НВОТ)

Гипербарическая оксигенация - это метод, когда при атмосферном

давлении в мозг поступает кислород. Эффект для детей с аутизмом не доказан, но есть видимые улучшения.

Пребывание в барокамере приводит к внезапному притоку кислорода в мозг, что должно улучшить передачу информации между нейронами и уменьшить симптомы аутизма. Многие родители выбирают этот метод в качестве дополнительной терапии.

Транскраниальная электростимуляция

Для транскраниальной электростимуляции используется одна миллионная часть силы тока, используемого при электрошоке, и поэтому она не имеет побочных эффектов.

Если часть сети языковых путей в мозге не функционирует, эта терапия активирует или создает новую альтернативную сеть. Нейроны пластичны и могут брать на себя функции других нейронов, а белое вещество можно стимулировать для создания новых связей. Нет доказанных значительных эффектов этой терапии, но есть возможность использовать ее в качестве дополнительной.

Основные цели любой терапии

Все четко структурированные программы обучения должны быть адаптированы к возможностям и конкретным потребностям каждого человека. Обучение должно быть сосредоточено на тех областях, в которых нарушено спонтанное развитие. Всем детям с аутизмом необходимо развивать навыки пространственной ориентации и ухода за собой. Эффективность каждого подхода зависит от его гибкости, создания мотивации путем позитивной поддержки и плавного перехода к среде обучения. В эффективную программу также входит работа с родителями и учителями.

Основная цель терапии состоит в том, чтобы был найден наиболее подходящий индивидуальный подход для осуществления корректирующих действий.

Факторы, которые входят в хорошие программы

- Согласованность внутренней и внешней терапии.
- Не менее 2 часов наблюдения в неделю.
- Родители и команда должны присутствовать на всех встречах.
- Обучение новой команды перед лечением.
- Оценка терапевтической команды родителями.
- Приятная рабочая среда.
- Проблемы обсуждаются с руководителем.
- Детей не сравнивают.
- Команды не сравниваются.
- Оценка различных терапевтических стилей.
- Гибкое расписание.
- Участие родителей в терапевтических сеансах.
- Свободное общение между всеми членами команды.
- Активно, творчески заданные вопросы и дача ответов.

2.4. Социальное функционирование аутичных людей и их семей

Социальному функционированию аутичных людей мешает конкретное общение с аутичным человеком или, скорее, отсутствие такового. Грубый дефицит и качественные нарушения языкового развития являются предпосылкой неэффективного общения.

Речи аутичных людей свойственна эхоличность - они буквально повторяют то, что сказал собеседник. Они используют стереотипные фразы вне контекста, часто с определенной интонацией и ритмом. Около 50% всех аутичных людей никогда не начинают говорить, а если учатся читать, то не понимают смысла прочитанного. У аутичных детей проблемы с абстрактным и концептуальным мышлением, что требует

ограничения абстрактных понятий и, при необходимости, замены их визуальными подсказками.

В этом контексте, устные или письменные сообщения могут не доходить до адресата, а это требует индивидуального подхода и использования специализированных методов общения.

Способы эффективного общения с аутичным человеком:

- Выбор индивидуального подхода;
- Использование простых выражений с четкой и отчетливой речью;
- Проверка понятности с помощью контрольных вопросов;
- Использование подходящего тона;
- Невербальное выражение толерантности и терпения;
- Моральная поддержка родственников.

Очень часто используются альтернативные способы общения через систему передачи изображений - **PECS** и/или систему связи **Macaton**. Это позволяет детям с особыми потребностями устанавливать контакт, общаться и быть понятыми, их понимание также улучшается, и это снижает тревогу, агрессию, улучшает концентрацию, развивает их когнитивные навыки и речь.

Основная цель **PECS** состоит в том, чтобы дети смогли быстро получить определенные коммуникативные навыки, особенно способность спонтанно инициировать общение и взаимодействовать с другим человеком.

Система коммуникации **Macaton** включает жесты - символы - речь. Программа состоит из неограниченного словарного запаса, составленного из основных понятий. Словарь преподается с помощью знаков руками и графических символов и сопровождается устной речью. Детям помогают общаться с помощью жестов, развивая новые понятия и постепенно добавляя определенные слова и/или символы.

Этапы программы: непосредственные потребности и установление контактов; дом, знакомства, предметы, еда, мероприятия, самообслуживание; окружающая действительность по темам - животные, фрукты, средства передвижения, действия, а также определения и местоимения; школа, предметы, люди, пространственное положение; общество, чувства; более широкие понятия, более далекие места, мышление и знания, предлоги; числа, погода, количество, деньги; свободное время /развлечения/, поведение в обществе, отношения с людьми. Символы **Macaton** поддерживают письменную речь, так же как жесты поддерживают устную речь. Символы специально разработаны для того, чтобы помочь общаться людям со зрительным мышлением. Большинство из символов выполнены в черно-белом цвете и отображают наиболее важные значения используемых терминов для иллюстрации произносимого слова. Дети и взрослые, которые не умеют читать и писать, могут получить задание или инструкцию с помощью этих символов, отметить событие, написать свою программу на день, составить список покупок, оставить сообщение и все это с помощью символов **Macaton**.

Использование **Macaton** и **PECS** интересно детям. Для того, чтобы эти программы были эффективными, их необходимо использовать во всех повседневных делах. Цель состоит в том, чтобы при помощи жестов и картинок, универсальных и легких для понимания, дети смогли инициировать спонтанное общение, активизировать свое социальное взаимодействие, общаясь со всеми и обогащая свой словарный запас, развивая словесные навыки и уменьшая свои негативные реакции.

Социальное функционирование семьи с аутичным ребенком

Семья - это движущая сила и главный мотиватор для каждого из ее членов. Единство семьи предполагает успех, поэтому поддержка семьи, в которой есть ребенок-аутист, чрезвычайно важна. Профессионалы,

которые в первую очередь занимаются детьми, должны обучать семью и помогать ей в уходе за собственным ребенком. В центре внимания всех мероприятий должна быть вся семья. Поддержка такой семье должна предлагаться с осторожностью, профессиональной компетентностью и деликатностью.

Этапы работы с семьей

- Определение конкретных потребностей в помощи семье.
- Знакомство с характером заболевания.
- Уточнение форм лечения и реабилитации.
- Мотивация к вовлечению во все виды деятельности.
- Оказание эмоциональной и психологической поддержки.
- Обучение правильному уходу за аутистом.
- Прогнозирование ожидаемого результата.
- Оценка эффективности лечения.

Генерализованный характер расстройств аутистического спектра требует комплексного подхода к терапии, который предполагает совместную и скоординированную работу разных специалистов, входящих в *междисциплинарную команду* по лечению аутизма, а именно: специального педагога, психолога, логопеда, медсестры, социального работника и других. Трудно найти общий знаменатель для людей с аутизмом. К каждому нужен индивидуальный и профессиональный подход.

Основная цель работы состоит в улучшении качества жизни как аутиста, так и всей его семьи!

Проблемы людей с аутизмом

- Отсутствие достаточно раннего выявления и своевременной помощи в развитии детей с ограниченными возможностями;
- Недостаточная поддержка лиц (семей, специалистов), ухаживающих за детьми с ограниченными возможностями;
- Отсутствие дополнительной помощи детским садам и школам

для того, чтобы они стали более инклюзивными;

- Отсутствие достаточных вспомогательных технологий и учебных материалов;

- Создание доступной физической инфраструктуры;

- Преодоление стереотипов со стороны общества;

- Отсутствие специалистов.

2.5. Возможности психолого-педагогической коррекции детей с аутизмом (на примере центра «ДАР»)

2.5.1. Междисциплинарный подход оказания помощи детям с РАС

В результате проведенного анализа деятельности Центра «ДАР» отмечается ежегодное увеличение количества детей, имеющих расстройства аутистического спектра. Мы выделяем важные, на наш взгляд, направления работы с данной категорией: раннее вмешательство, создание доступной среды и условий развития, психолого-педагогическая коррекция детей с нарушениями аутистического спектра, активное включение семьи в процесс коррекции. Считаем, что достичь положительной динамики возможно, проведя коррекционные мероприятия в комплексе междисциплинарной командой, в работу которой включились специалисты нашего учреждения.

В рамках реализации комплекса мер Забайкальского края по оказанию медико-социальной, социально-психологической, социально-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра (далее-РАС) и семьям, в которых они воспитываются, специалисты ГУ ЦППМСП «ДАР» Забайкальского края проводят ставшие традицией семинары-практикумы «Комплексная помощь детям с РАС в условиях центра», на котором рассмотрены темы: «Ранний детский аутизм, его клинические симптомы, классификация и лечение», «Комплексная

помощь детям с РАС», «Коррекционно-педагогическая помощь детям с РАС», «Использование приемов прикладного анализа поведения в коррекционной работе с детьми с расстройствами аутистического спектра в условиях Центра сопровождения детей с ОВЗ» «Использование игрового набора «Дары Ф. Фрёбеля» в воспитательной работе с детьми».

Тема междисциплинарного подхода в работе с детьми, имеющими расстройство аутистического спектра, на сегодняшний день становится одной из актуальных. Наиболее оптимальное развитие и реабилитация детей с РАС достигается посредством разработки индивидуальных программ по оказанию комплексной медико-социальной, социально-психологической и социально-педагогической помощи такой категории детей. Программы формируются с учётом потребностей и возможностей конкретного ребёнка и его семьи.

Немаловажная роль в осуществлении коррекционно-развивающего процесса отведена непосредственной работе с семьей ребенка, которая способствует повышению педагогической культуры родителей в вопросах организации обучения и развития, охраны и укрепления здоровья детей с особенностями в развитии. Систематическая работа специалистов с семьей ребенка, направленная на адекватное восприятие родителями особенностей развития своего ребенка, повышение компетентности в вопросах воспитания и обучения, приобщение их к коррекционно-развивающему процессу, позволит снизить психологическое напряжение семьи и принять активное участие в процессе воспитания своего ребенка.

Благодаря комплексу мер, разработанному специалистами Центра, учреждение оснащено необходимым оборудованием и дидактическими материалами. Это позволяет применить в нашей работе новые технологии и методики, тем самым повысить качество предоставляемых

услуг не только целевой категории, но и всем детям, проходящим курс комплексной коррекции.

В Центре функционируют группы кратковременного пребывания, которые посещают дети с РАС. Данное обстоятельство продиктовано характерными особенностями развития детей с РАС, а именно: нарушением социального взаимодействия, речи и коммуникации, поведения. Поэтому создание комфортной среды в условиях кратковременного пребывания позволит детям получить необходимый опыт социализации в кругу сверстников и взрослых и качественную психолого-педагогическую помощь, осуществляемую специалистами учреждения. Такой подход предотвратит негативный процесс, связанный с переутомлением детей и придаст возможность для постепенной адаптации к новым условиям. А использование в работе сотрудниками учреждения дидактических материалов (детские игровые модули и тренажеры для детей с РАС, сенсорное оборудование, игровые наборы и т.д.) позволяет более качественно и эффективно проводить коррекционно-развивающие мероприятия с данной категорией детей.

Вместе с тем, наши специалисты имели уникальную возможность пройти обучение на стажировочной площадке, запланированной Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по направлению «Комплексная помощь детям с расстройствами аутистического спектра» на базе государственного автономного учреждения социального обслуживания Новосибирской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (для лиц с дефектами умственного и физического развития) в составе делегации Забайкальского края. В результате поездки наши коллеги узнали, как организуется междисциплинарный подход в работе с данной категорией детей в учреждениях г. Новосибирска и области, оказывающих медико-социальную и

психолого-педагогическую помощь таким детям и семьям их воспитывающим: в ГАУ СО НСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», региональном ресурсном центре «Семья и дети», ФГБОУ ВО «НГПУ», МБОУ СОШ «Перспектива».

Специалисты, работающие в нашем центре, находятся в постоянном поиске эффективных технологий, методов и направлений работы с детьми с ограниченными возможностями. Мы убеждены в том, что наиболее результативная реализация индивидуальных программ для детей с РАС может быть обеспечена только при работе междисциплинарной команды.

2.5.2. Использование игрового комплекта «Пертра» в работе учителя-дефектолога

Основным направлением работы «Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР» Забайкальского края является оказание психологической, педагогической и социальной помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья. Одной из приоритетных в деятельности нашего центра задач является социализация таких детей, которая решается при одновременной реализации таких условий:

- готовность педагогов к созданию благоприятной коррекционно-развивающей среды;
- сочетание разных форм и методов работы с детьми с учетом их особенностей и возможностей
- тесное взаимодействие педагогов, специалистов и родителей.

В рамках деятельности мы сталкиваемся с самыми разными отклонениями: детский церебральный паралич (ДЦП), нарушения интеллекта, задержка психического развития, синдром Дауна,

нарушения зрения и слуха, аутизм, сочетанные и множественные нарушения.

У всех детей с особенностями в развитии, независимо от вида нарушений, имеются как общие, так и специфические трудности. К числу общих проблем относятся социальная дезадаптированность ребёнка, низкий уровень психических процессов (внимания, предметного и социального восприятия и представления, памяти, мышления); несформированность эмоционально – волевой сферы; недостаточность моторного развития; снижение произвольности психических процессов, деятельности и поведения.

С использованием стимулирующих педагогических мероприятий, а так же с учетом индивидуальных особенностей ребенка в значительной степени повышается результативность коррекционной работы.

В своей практике учитель-дефектолог широко использует различные игровые средства и пособия, разработанные отечественными и зарубежными специалистами. Одним из таких игровых средств стал игровой комплект «Пертра».

Комплект разработан и смоделирован известным австрийским педагогом Марианной Фростиг, согласно концепции творческого формирования как ребенка, так и самого педагога.

Игровой комплект "Пертра" представляет собой широкое поле «общения» ребенка с деталями-манипулятивами под руководством учителя – дефектолога, и



Фото 5. Игровой набор «Пертра»

предназначен для психологического развития и коррекции познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста. Комплект помогает корригировать и развивать тактильное, зрительное и слуховое восприятие, внимание, зрительную и тактильную память, абстрактное и творческое мышление, речь, мелкую моторику, зрительно-моторную координацию. Комплект используется для проведения индивидуальных и подгрупповых коррекционно-развивающих занятий.

Набор габаритный, состоит из:

- семи наборов игровых средств (в чемоданах);
- двух досок-основ;
- мобильного стеллажа, в котором и размещены все игровые чемоданы и доски;
- методических рекомендаций.

В составе каждого чемодана от 100 до 1000 деталей. Содержимое каждого чемодана способствует решению различных развивающих и коррекционных задач.



*Фото 6. Чемодан 1
«Пространство на плоскости»*

Чемодан 1 «Пространство на плоскости».

Набор предназначен для формирования представлений детей о пространстве, взаиморасположении объектов и знакомства с различными видами линий. В составе комплекта деревянные пластины с фигурными или прямыми

пазами на лицевой стороне и соответствующим рисунком на оборотной стороне, а также фигурки машин и людей. Ребенок может выстраивать

узоры из линий, «прокладывать дороги», и прослеживать движение фигурок.

Чемодан 2 «Упорядочение элементов».

Позволяет формировать представления детей о геометрических формах, симметрии, цвете, размере, способствует усвоению пространственных

отношений (лево-право, верх-низ,

шире-уже и т.д.) и математических понятий (больше-меньше, столько же и т.д.). Задания на классификацию деталей комплекта развивают способности к аналитической деятельности.



*Фото 7. Чемодан 2
«Упорядочение элементов»*

Чемодан 3 «Одинаковое и разное».

Веревки и стержни, на которые нанизываются друг за другом бусины, цилиндры и шайбы всевозможных цветов и размеров, дают возможность потренироваться в построении периодических последовательностей, словесном описании цепочек. Сортируя бусины, дети развивают способность к классификации и сравнению.

Чемодан 4 «Пространство и преобразование».

Специальные доски и шаблоны можно ощупывать, просовывать друг в друга, обводить на листе бумаги. Работа с набором позволяет создать у ребенка кинестетический образ различных форм, осознавать взаимное расположение трехмерных фигур, правильно соотносить размеры объектов.

Чемодан 5 «От каракуль к каллиграфии».

В составе набора деревянные детали с



*Фото 8. Чемодан 5
«От каракуль к каллиграфии»*

канавками, по которым может кататься металлический шарик или передвигаться предметная фигурка. При работе с металлическим шариком канавка накрывается оргстеклом и ребенок передвигает шарик через стекло при помощи магнитной ручки. Занятия с набором способствуют формированию содружественных движений глаз и руки, тренируют точность движений пальцев, развивают навык владения письменными принадлежностями. Такое умение позволит ребенку быстрее овладеть навыками чтения и письма и преодолеть нарушения уже сформировавшихся навыков.

Чемодан 6 «От хватания к схватыванию».

Занятия с набором способствуют развитию дифференцированных хватательных движений и формируют умение дозировать мышечные усилия. В состав набора входит доска – основа с отверстиями, штыри, цилиндры, шайбы, бусины, шнуры, резинки, прищепки и пр. Занятия с использованием элементов данного набора помогут развитию навыков счета и классификации.

Чемодан 7 «Начальные математические знания».

Элементы этого набора помогут отработать необходимые математические навыки-пересчет, сравнение, классификацию, определение количества и выполнение первых вычислений. Формируется понятие о числе, множестве, составе числа.



*Фото 9. Чемодан 6
«От хватания к схватыванию»*



*Фото 10. Занятие с набором
«От хватания к схватыванию»*

Любая информация поступает к человеку через органы чувств, поэтому важно, чтобы в исследовании предметов, явлений и процессов участвовало как можно больше анализаторных систем (зрительная, слуховая, обонятельная, тактильная, кинестетическая). Способность к тактильному восприятию напрямую связана с развитием мелкой моторики ребенка. Работа с любым набором игровых средств начинается с исследования каждой детали. Нужно ощупать, обвести пальцем форму фигуры, потрогать поверхность, проверить на совместимость детали одного чемодана, а затем и фигуры из разных чемоданов. На поверхности доски-основы можно укладывать элементы наборов, достраивать начатые узоры, повторять их или создавать их зеркальное изображение. Основу можно располагать на большом столе или прямо на ковровом покрытии.

Элементы комплекта позволяют сформировать у ребенка подробные образы о форме предмета, поверхности, его внутренней структуре. Очень важный этап работы – сравнение фигур по размеру, форме и цвету. Для развития мыслительных процессов важно предлагать задания на классификацию, начиная с простой классификации, постепенно усложняя отбор (сочетание несколько признаков у одной фигуры). А также идет работа по развитию логического мышления, внимания, памяти, целенаправленности деятельности, воображения, произвольной деятельности, умения договориться во время игры. Формирования умений и навыков общения в процессе игры способствует развитию произвольности в общении, формирование активной позиции в коллективе детей и активной роли в коммуникативном процессе.

Продуманный состав каждого из 7 входящих в игровой комплект чемоданов позволяет педагогу предложить каждому ребенку определенные задания в соответствии с разработанной личностно-

ориентированной программой развития, а также разработать коррекционно-развивающие занятия с ребенком на длительный период.

Передвижной стеллаж, в котором размещаются чемоданы, - удобное средство для хранения игровых наборов. Все детали выполнены из экологически чистых материалов и окрашены гипоаллергенными красителями. По компактности, многофункциональности, удобству хранения и эффективности использования в педагогической практике на сегодняшний день игровой комплект «Пертра» не имеет аналогов.

Благодаря разнообразию деталей, «Пертра» всегда соответствует настроению и потребностям ребенка. Взаимодействие с множеством красочных, приятных на ощупь игровых элементов вызывает у детей интерес, повышает познавательную активность, а так же позволяет детям с ОВЗ извлекать для себя информацию, которую они могут использовать для расширения своих знаний, навыков и способностей.

Игровой комплект «Пертра» в работе учителя-дефектолога является эффективным способом коррекции и развития потенциальных возможностей детей с ДЦП, РАС, синдромом Дауна, обеспечивает высокую продуктивность коррекционной работы по развитию познавательной деятельности и, в целом, всесторонне развивает ребенка в соответствии с его возможностями.

2.5.3. Группы дневного пребывания как начальный этап подготовки ребенка с РАС к инклюзивному образованию в ДОУ

Многолетний опыт работы в Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Забайкальского края, показывает, что количество детей с расстройством аутистического спектра (РАС) увеличивается с каждым годом. Анализируя отчетную документацию о работе ЦПМПК за 2018-2019 гг., можно отметить увеличение

количества детей с РАС и признаками РАС. За 2018 год всего обследовано 2995 человека, из них 0,9 % детей дошкольного возраста с РАС или признаками РАС, 1,8 % школьного возраста. За 2019 год обследовано 3002 человек, из них 0,5 % - дошкольного возраста и 2,5% школьного возраста.

По результатам обследования на Центральной психолого-медико-педагогической комиссии (ЦПМПК) семье, имеющей ребенка данной категории, рекомендуется адаптированная образовательная программа дошкольного общего образования, обеспечение архитектурной доступности, получение услуг ассистента, получение услуг тьютора, специальные технические средства обучения, специальные дидактические пособия, наблюдение врача-невролога, врача-психиатра, необходимые направления коррекционно-развивающей работы педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда.

Необходимо знать и понимать особенности детей с РАС для того, чтобы адекватно оценивать состояние ребенка и его готовность к вхождению в среду нейротипичных сверстников и возможность обучения ребенка в групповых видах деятельности.

«Аутичность - (от греческого - сам) - обозначает крайние формы нарушения контактов, уход от реальности в мир собственных переживаний». Доктор Лорна Винг и доктор Джудит Гульд в своей статье предложили так называемую «триаду нарушений». Они выделили три ключевые области нарушений, которые присутствовали у всех этих детей:

- Нарушения общения (сниженный уровень или отсутствие соответствующих возрасту социальных контактов с другими людьми).
- Тяга к стереотипному или повторяющемуся поведению, вместо занятий, требующих воображения.
- Отсутствие или задержка речи, либо характерные отличия в речи.

Трудности социализации возникают уже на начальном этапе посещения ребенком детского сада. Для большинства педагогических работников слово «аутизм» несет негативную окраску. Родители часто отмечают непонимание и безразличие педагогов к нуждам ребенка, нежелание находить возможности включения ребенка в образовательный процесс. Однако зачастую негативное отношение педагогов ДОО связано со следующими причинами:

- не квалифицированность педагогического состава в вопросах обучения и воспитания детей с РАС;
- нежелание «отходить» от стереотипных методов и приемов обучения;
- завышенные требования и ожидания в отношении воспитанников.

Именно это мы наблюдаем в традиционной «интегрированной» среде, где нет достаточно хорошего понимания особенностей аутизма.

Родитель в поисках альтернативных вариантов социализации и обучения ребенка сталкивается с нехваткой или отсутствием социально-педагогических услуг. Это обусловило необходимость создания специализированных групп дневного пребывания на базе ГУ ЦППМСП «ДАР» Забайкальского края, основной целью которых является подготовка ребенка к различным видам деятельности в групповых формах работы и социализация детей.

Работа с семьей, имеющей ребенка с РАС, начинается с беседы с родителями или законными представителями и изучения необходимой документации на ребенка. Исходя из полученных данных и оценки сформированности учебных навыков, индивидуальных особенностей каждого дошкольника, наличия поведенческих отклонений, специалисты определяют дальнейшую форму работы с ребенком данной категории:

1-я форма – индивидуальные занятия. Этот этап необходим детям, находящимся в наиболее тяжелом состоянии ввиду отсутствия коммуникативных навыков и отказа от общения в любой форме. Формируются навыки сотрудничества, начальные навыки учебного поведения, коррекция нежелательного поведения.

2-я форма – группа кратковременного пребывания. Ребенок с РАС включается в смешанную коррекционную группу на короткий промежуток времени, не более трех часов. Такая форма удобна детям с расстройствами пищевого поведения и недостаточно сформированными навыками самообслуживания.

3-я форма – группа дневного пребывания. Количество детей в группе не превышает 12 человек. Это основной и самый продолжительный этап психокоррекционной работы. На данной стадии ребенок с РАС может строить более адекватные взаимоотношения со своими ровесниками и стараться отвечать предъявляемым требованиям, не испытывая при этом чувства тревоги и дискомфорта. Основная задача на этом этапе – социализация ребенка с РАС в среде сверстников.

С детьми проводятся групповые и индивидуальные коррекционно-развивающие занятия с учителем-дефектологом, педагогом-психологом, учителем-логопедом, музыкальным руководителем, инструктором АФК. По рекомендации врача ЛФК проводятся массажные мероприятия. Курс пребывания детей с ОВЗ составляет 2 месяца, для детей с РАС или признаками РАС курс продлевается до 6 месяцев. Плановый или внеплановый (ситуативный) осмотр врачом-психиатром проводится с целью консультации семьи по вопросам психоэмоционального состояния ребенка, а также помогает воспитателю и узким специалистам ориентироваться в психических особенностях ребенка.

Особое значение имеет среда, адаптированная для особых нужд ребенка. Группы оборудованы игровыми зонами с учетом

индивидуальных особенностей детей с РАС: организованы «уголки» в соответствии с видом деятельности ребенка (еда, игра, работа, отдых), что помогает снять у них напряженность. Для полной адаптации к пространству рабочее место экранируется, защищая «аутенка» от отвлекающих моментов. Принцип «обратной интеграции» состоит в том, что ребенку предлагается среда и виды деятельности, наилучшим образом адаптированные к его способностям. Только после этого он может быть помещен к «нормативным детям».

Иногда можно услышать вопрос: зачем в группе для аутичных детей создавать отдельное место, где дети будут обедать? Как показывает опыт, при хорошей организации в специализированной группе для аутистов, дети чувствуют себя спокойнее. Но это спокойствие быстро исчезает, если во время игр или обеда они оказываются рядом с другими «непредсказуемыми» детьми. Несомненно, им нужно учиться есть и играть вместе с другими детьми, но это может произойти только тогда, когда они будут к этому готовы. Лучше всего сначала дать им максимальную защиту. Только после этого можно говорить об «интеграции».

Опыт работы специалистов центра «ДАР» показывает, что для того, чтобы помочь детям с РАС, необходимо кардинально поменять стратегию обучения. Например, требуется более тщательное исследование учебных способностей ребенка, более широкое использование визуальных средств, больше согласованности при групповой работе. Очевидно, что во многих случаях навыкам учебы следует предпочесть навыки социальные, коммуникативные, навыки самообслуживания.

Основные направления коррекционной работы с детьми с РАС определяет психолого-медико-педагогические консилиумы, которые проходят один раз в неделю. В дискуссии участвует медицинский

состав, коррекционные педагоги и родители (по желанию). В ходе работы консилиума обсуждаются анамнестические данные ребенка, которые говорят о проблемах его развития; происходит анализ динамики развития ребенка, усвоения программного материала, разрабатываются рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка в дошкольное образовательное учреждение (ДОУ).

Взаимодействие со специалистами ДОУ позволяет осуществлять сопровождение ребенка с РАС или признаками РАС в дальнейшем образовательном процессе. Возникающие вопросы по организации обучения, воспитания и развития детей данной категории решаются специалистами центра совместно со специалистами ДОУ. Одной из основных форм методического сопровождения являются стажировочные мероприятия, которые проходят не только на базе Центра «ДАР», а также в дошкольных учреждениях на территории Забайкальского края.

Данные мероприятия повышают уровень компетентности в вопросах обучения и воспитания детей с РАС. В ходе практического курса педагоги ДОУ учатся создавать предсказуемость времени и пространства для своих воспитанников. Всего за 2017-2018 учебные года проведено 8 методических объединений для воспитателей, логопедов, психологов, дефектологов и инструкторов физической культуры детских садов. Присутствовало около 150 человек на каждом мероприятии. Специалисты центра «ДАР» рассказывали об особенностях составления адаптированных образовательных программ для детей с РАС, раскрывали особенности развития «аутят», особенности педагогической работы с ними и, конечно, об абилитационной компетентности родителей, имеющих особого ребенка.

Педагоги - не единственные участники педагогического процесса, так как основная нагрузка «ложится» на плечи родителей. Чтобы добиться эффективного взаимодействия с родителями, от педагогов

потребуется еще больше времени и энергии.

Взаимодействие с родителями не должно ограничиваться формальным общением. Те, кто не работает с родителями над обобщением навыков, не понимает одну из главных особенностей аутизма: особый тип мышления детей при аутизме повышает опасность того, что навык, приобретенный в одной образовательной среде, не будет спонтанно перенесен в другую ситуацию, не будет применен с другими людьми. Можно сказать, «что дети с РАС, имеют тенденцию к стагнации, они словно «застывают», приобретая «ограниченный репертуар поведения».

В центре «ДАР» функционирует «Родительский клуб», целью которого является объединение усилий специалистов и родителей в вопросах обучения, воспитания и развития ребенка; предоставление возможности родителям общаться друг с другом, делиться опытом, своими проблемами, переживаниями и решать их совместно.

Таким образом, данная форма работы для семей, имеющих ребенка с РАС, охватывает все сферы коррекционного вмешательства и позволяет подготовить не только ребенка к успешной адаптации в среде сверстников и усвоению образовательной программы в рамках инклюзии, но и специалистов, а также родителей как основных участников образовательного процесса. С целью оценки эффективности коррекционной работы по завершению курса было проведено анкетирование родителей. В опросе участвовало 47 человек. 31% опрошенных отмечают положительную динамику в развитии своего ребенка и указывают, что он успешно адаптировался в ДОУ. 40% родителей ребенка, ранее посещавшего ДОУ, отмечают улучшения в поведении ребенка. 29% семей не посещают ДОУ. Все родители положительно отзываются о работе групп дневного пребывания, у них появилось желание записаться на повторный курс.

Проанализированные данные позволяют говорить об эффективности работы групп дневного пребывания как начальном этапе подготовки ребенка с РАС к инклюзивному образованию.

2.5.4. Комплексные занятия с элементами сказкотерапии в группах кратковременного пребывания

Те, кто хоть раз общался с ребенком с ограниченными возможностями, знают, как трудно найти тропинку к его сердцу. Все мы рождаемся с разными возможностями. Иногда ограничения накладываются самой природой. Но это не значит, что шансов быть счастливыми у детей с ограниченными возможностями меньше.

Музыкальное воспитание в группах кратковременного пребывания, является составной частью общей системы обучения и воспитания детей с ОВЗ и имеет, помимо общеразвивающей, коррекционно – компенсаторную направленность. Коррекция нарушенных функций через музыку помогает приобщить ребенка к разным видам деятельности, формировать внимание, интерес к музыке, развивать музыкальные способности. Музыка организует детей, заряжает их своим настроением. Музыкальное воспитание направлено непосредственно на развитие основных движений, сенсорных функций (зрительного и слухового восприятия) и речевой деятельности.

Среди часто встречающихся проблем у детей с ОВЗ можно выделить:

- произвольность движений;
- боязнь нового места, общения с незнакомыми людьми;
- речевые нарушения или отсутствие речи;
- замкнутость, неактивность детей;
- неустойчивое внимание и память дошкольника.

Учитывая данные проблемы, мы пришли к выводу о том, что особенности работы с детьми данной категории не в поиске способов освоения разных танцевальных движений, а в стимуляции элементарной активности у ребенка; не в совершенствовании произношения, а в развитии элементарных вокализаций, простейших звукоподражаний; не в разучивании танцев, а в поиске способов побудить ребенка повторить движения за педагогом.

Особое место в своей работе, мы отводим комплексным занятиям с элементами сказкотерапии. Это большая совместная работа специалистов, работающих в группах кратковременного пребывания. Комплексный характер деятельности требует объединения усилий учителя-логопеда, учителя-дефектолога, педагога - психолога, воспитателя, изо-и музыкального руководителя.

«Сказка – ложь, да в ней намек, добрым молодцам – урок!». Сказка – это один из первых видов художественного творчества, с которым знакомится ребенок. Нет ни одного малыша, который был бы равнодушен к сказке. Ведь сказка – наш спутник жизни с самого раннего детства.

Сказкотерапия подразумевает коррекцию поведения посредством **сказочного повествования**.

Задачи сказкотерапии:

- Развитие речи;
- Снятие эмоционального и мышечного напряжения;
- Снижение импульсивности и тревожности;
- Развитие навыков взаимодействия;
- Развитие внимания, восприятия, воображения;
- Развитие общей и мелкой моторики, координации движений.

Комплексные занятия проводятся в формате музыкальной сказки, являются важным компонентом реабилитации и носят деятельный

характер в сотворчестве детей и педагогов. Занятия проводятся 1 раз в неделю, репертуар сказок составлен в соответствии с возрастом детей и их индивидуальными особенностями. Занятия имеют тематическое название. Эта тема занятия прослеживается во всех видах деятельности педагогов: художественное слово, разыгрывание сказки игрушками «би-ба-бо» по ролям, пальчиковые игры, музыкальные игры, выполнение разных видов работ по изобразительности. Включение каждого ребенка в творческую деятельность посредством сказки, участие детей в театрализованной деятельности пробуждает у детей интерес друг к другу и к творческому содружеству. Так создаются условия для раскрытия в каждом ребенке его личностных качеств, способностей, умений.

Комплексные занятия с элементами сказкотерапии крайне необходимы для детей с расстройствами аутистического спектра. Создается «особая творческая среда», где дети приобщаются к социальной и культурной жизни. Элементарно учим детей сидеть и слушать сказку, выполнять действия по подражанию и словесной инструкции, ориентироваться на образец, соблюдать определенную последовательность действий. В результате комплексного педагогического воздействия решается огромный спектр задач: развитие эстетических способностей, активизация мыслительного процесса и познавательного интереса.

Комплексное занятие с элементами сказкотерапии имеет определенные ритуалы.

Дети под сказочную музыку входят в музыкальный зал, и уже настроены на ожидание нового и интересного. Вместе с воспитателем, учителем-логопедом произносят ритуальные слова речевой игры «У дороги дом стоит...». Происходит психологический настрой на сказку, беседа, пальчиковая игра. После этого этапа педагоги за ширмой по

ролям рассказывают сказку.

Перспективный план художественных сказок составляется при наборе группы и корректируется по необходимости. Используются художественные и авторские сказки. Главное условие – не сложные по восприятию и длительности проведения.

После рассказывания содержания проводится обсуждение сказки с детьми. Вопросы к детям должны быть тщательно продуманы, коротко и четко сформулированы.

Ввиду того, что детям младшей группы (3-5 лет) очень сложно ответить на вопросы, т.к. в основном это неговорящие дети, беседа строится очень простая, озвучивание персонажей происходит на уровне звукоподражаний.

При проведении анализа сказки дети старшей группы (5 - 8 лет) уже могут дать ответ, пересказать последовательность героев, и определить, в каких ситуациях жизни они могут использовать приобретенный опыт из сказки. При возникновении затруднений педагоги - дефектологи помогают наводящими вопросами и подсказками.

Дети старшего возраста могут инсценировать несложную сказку сами («Репка», «Теремок», «Колобок»).

Следующий этап в структуре комплексного занятия - подвижная музыкальная игра с дидактической задачей, или хоровод. Здесь также прослеживается тесное взаимодействие специалистов разного профиля, которые заняты с детьми данной группы.

Следующий элемент комплексного занятия – творческая деятельность детей. Это могут быть разные виды работ: лепка, рисование, аппликация.

При подведении итога занятия дети рассматривают выставку своих работ. Подвижная игра в самом конце занятия направлена на

расслабление организма, для снижения психического и физического напряжения.

Как показывает практика, на комплексных занятиях дети учатся различать такие понятия, как добро и зло; воспитываются положительные черты характера; исправляются недостатки в поведении; формируется связная речь.

В Центре практикуется проведение комплексных занятий с элементами сказкотерапии совместно с родителями и детьми с РАС. Цель таких занятий: стимулировать активность родителей к адаптивной помощи и реабилитации ребенка с окружающим миром.

Сказкотерапия помогает ребенку самосовершенствоваться, активизировать различные стороны мыслительных процессов, адаптироваться в обществе.

2.5.5. Формирование речевых функций у детей раннего и дошкольного возраста с аутистическими расстройствами

Дети с аутизмом редко имеют полноценную речь. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной для них обстановки, у них наблюдаются стойкие аграмматизмы.

Таблица 2

Характерные признаки нарушений речевого развития раннего детского аутизма

Речевые периоды	Особенности речевого развития
доречевой период	<ul style="list-style-type: none">- недифференцированный плач;- малоактивное или необычное гуление, напоминающее визг или крик;- отсутствие звуковой имитации, лепета;- отсутствие подражания;
пассивная речь	<ul style="list-style-type: none">- не обращают внимания на речь взрослых,- не реагируют на свое имя,- не в состоянии выполнять простые вербальные инструкции.

активная речь	<ul style="list-style-type: none"> - резкое ограничение речевого контакта, вплоть до полного мутизма, - длительное называние себя во втором или в третьем лице, - отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, - склонность повторять одни и те же стереотипные фразы (порой вне контекста); - типичны отсроченные или непосредственные эхолалии, - отсутствие ответов типа «да», «нет»;
---------------	---

Работа по формированию речевых навыков начинается с оценки уровня актуального развития речи данного ребенка:

1. Обследование понимания речи (импрессивная речь).

- понимание речи в спонтанной ситуации (любимая игра), которые содержат аффективно значимые для него слова (например: "Пойдем на качели", "Включим кассету" или "Хочешь "Чупа-чупс" и т.п.).

- выполнение словесных инструкций:

а) в контексте происходящего;

б) вне контекста происходящего.

При обследовании понимания инструкций следует избегать помощи (например, жестов) для получения более точной информации.

Направленное обследование понимания речи включает в себя задания на:

- понимание названий предметов;

- понимание названий действий;

- понимание названий качеств предметов;

- понятий, выражающих пространственные отношения и т.п.

2. Обследование собственной речи (экспрессивная речь).

Во время наблюдения за спонтанным поведением ребенка фиксируются различные вокализации и внегортанные звукообразования, отмечается наличие спонтанного подражания различным звукам, словам и высказываниям, также фиксируются эхолалии (непосредственные и отставленные).

При наблюдении смотрят, как ребенок выражает свои требования

или отказ от чего-либо и это может послужить фундаментом для формирования простейших речевых навыков.

По возможности, проводится направленное обследование экспрессивной речи:

- способность к вербальному подражанию,
- называние предметов, действий и т.д.

Логопедическое обследование должно быть максимально точным и объективным для составления личностно-ориентированной программы по формированию речевых навыков. Поэтому целесообразно соблюдать следующие организационные условия:

- 1) наличие нескольких квалифицированных наблюдателей;
- 2) фиксация наблюдаемого (письменно или на видеокамеру);
- 3) результаты обследования фиксируются в протокол.

Таблица 3

**Протокол первичного обследования речи у детей с РАС
(Морозова С.С.)**

Параметры обследования			Фиксируемые данные
Обследование импрессивной стороны речи	Спонтанная ситуация	Понимание высказываний, содержащих аффективно значимые слова;	
		выполнение инструкций в контексте ситуации;	
		выполнение инструкций вне контекста ситуации.	
	Направленное обследование	Понимание названий предметов;	
		понимание названий действий;	
		понимание названий качеств предметов и т.д.	
Обследование экспрессивной стороны речи	Спонтанная ситуация	Вокализации, внегортанные звукообразования;	
		подражание;	
		выражение желаний;	
		собственные высказывания.	
	Направленное обследование	Подражание;	
		произносительная сторона речи;	
		лексика;	
		грамматическая структура речи и т.д.	

Коррекционная работа с детьми с аутистическими расстройствами осуществляется поэтапно:

I этап: формирование «учебного поведения», выполнение простых инструкций (в том числе, «Дай» и «Покажи»):

1. Учить находить предмет, часто встречающийся в быту;

Ребенок и взрослый сидят рядом за столом. Взрослый кладет на стол предмет, обращаясь к ребенку: «Посмотри на меня», «Дай чашку». После выполнения следует подкрепление. В случае невыполнения: взрослый помогает ребенку справиться с заданием. В результате обучения инструкция должна выполняться без помощи взрослого.

2. Учить отличать предмет от других, не похожих на него (например, чашка, ластик, кукла);

3. Учить находить название нового предмета (например, кубик); Второй предмет должен резко отличаться от первого по внешнему виду и по семантическому содержанию. После того, как ребенок научился давать новый предмет, обучение проводится по аналогии. Затем постепенно вводят новые слова и увеличивают число предметов на столе. Если ребенок в течение трех занятий подряд, правильно выполняет инструкции, значит, навык сформирован.

Следовать инструкции «Покажи» обучают таким же образом, как и инструкции «Дай». Порядок обучения инструкциям «Дай» и «Покажи»:

1) с одним предметом (картинкой);

2) (первый предмет) из двух-шести других предметов (картинок);

3) со вторым предметом (картинкой);

4) (второй предмет) из двух-шести других предметов (картинок);

5) по выбору между первым и вторым (инструкции даются в случайном порядке, расположение объектов меняют) и т.д.

Последовательность закрепления навыка (выполнение инструкции «Дай»):

- 1) совместные занятия педагога с ребенком при участии мамы;
- 2) выполнение домашнего задания;
- 3) употребление сформированного навыка в повседневной жизни.

II этап: формирование навыков понимания названий действий.

Последовательность обучения выполнений инструкций:

а) на простые движения («Встань», «Иди сюда», «Подними», «Положи», «Похлопай», «Попрыгай» и т.п.).

1. Учить выполнять одно действие «Встань»;

2. Учить ребенка выполнять два действия, которые звучат по-разному («Похлопай» и «Встань») предъявляют в случайном порядке. Постепенно число инструкций увеличивается.

б) С предметами. Обучение выполнять инструкции с предметами начинают следующим образом:

1) Учить ребенка выполнять действие по инструкции со знакомым предметом (например, «Пей», если на столе стоит чашка с соком);

2) Учить выполнять действие при наличии нескольких предметов (например, на столе стоит магнитофон, чашка; дается инструкция «Включи»);

3) Учить ребенка переносить навык в условия домашнего быта (например, в ванной после инструкции «Причешись» ребенок должен будет самостоятельно взять расческу с полки, и причесаться).

4) Учить ребенка выполнять развернутые инструкции (например, вместо «Включи», «Включи магнитофон», «Давай включим музыку»).

Обучение пониманию действий по фотографиям (картинкам).

а) Учить ребенка соотносить предметы с их изображением:

1) На столе - одна фотография (картинка). Дается инструкция: «Покажи, где дядя спит» (ударение делается на последнем слове);

2) Когда ребенок правильно показывает одну картинку, добавляют альтернативные (например, изображения предметов);

3) Обучают показывать вторую картинку - например, «Покажи, где дядя пьет»;

4) На столе - две картинки: ребенка обучают показывать их по выбору;

5) Используются другие картинки на те же глаголы;

6) Обучают пониманию новых слов.

После того, когда начальные навыки понимания речи сформированы, начинают обучение экспрессивной речи. Важно отметить, что при обучении речевым и другим навыкам, нельзя останавливаться на том, что уже достигнуто. Всегда есть опасность того, что ребенок, освоив тот или иной навык (например, название предметов), не продвинется дальше в своем речевом развитии. Как только навык сформирован, перенесен в повседневную речь, необходимо определить, чему дальше учить ребенка, какие навыки нужны ему для будущего.

2.5.6. Сенсорная интеграция в коррекционно-развивающей деятельности с детьми с интеллектуальными нарушениями

В душе каждого ребёнка есть невидимые струны.

*Если тронуть их умелой рукой,
они красиво зазвучат.*

В.А. Сухомлинский

Мы живем в большом и разнообразном мире. Важно понимать, как видит и воспринимает мир ребенок, на какой орган восприятия он опирается. Весь окружающий мир ребенок познает с помощью органов чувств.

Сенсорная (от лат. "sensus" - чувство, ощущение) система: слух, зрение, осязание, обоняние) - это датчик восприятия окружающего мира.

Процесс сенсорной интеграции начинается с первых недель внутриутробной жизни и наиболее интенсивно протекает до конца дошкольного возраста. С развитием сенсорной интеграции связана деятельность человека в целом. Создателем метода сенсорной интеграции является А. Жан Айрес, научный сотрудник Южно-Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе.

У ребенка с интеллектуальной недостаточностью, в частности с синдромом Дауна, наблюдаются трудности с обработкой сенсорной информации, что подтверждается их изменённой реакцией на проприоцептивные, вестибулярные либо тактильные раздражители.

Чтобы разобраться, насколько сенсорная интеграция важна в развитии когнитивных процессов ребёнка, рассмотрим понятия: сенсорная интеграция и нарушение сенсорной интеграции.

Сенсорная интеграция – основа речи, движений, произвольного внимания и поведения, мотивации и еще многих умений и навыков. Она формируется в определенной последовательности, при этом каждый уровень сенсорной интеграции базируется на предыдущем.

Цель – наладить процесс слаженной совместной работы различных отделов нервной системы, тем самым расширить компенсаторные возможности высшей нервной деятельности. Если в процессе обучения основное внимание обращается на то, что ребенок изучает, то в коррекции сенсорной интеграции – как он изучает и почему не может усвоить материал.

В работе, с детьми с синдромом Дауна, мы пришли к выводу - сохранные органы чувств у детей с нарушениями анализаторов не всегда используются самостоятельно для познания окружающего мира. В связи с этим огромное значение приобретает проведение сенсорного и психомоторного эксперимента, а также использование полисенсорного подхода, - когда опираются на максимально возможное количество

анализаторов при знакомстве с новым объектом или явлением. Введение в процесс обучения полисенсорного аспекта создает условия для обогащения процесса восприятия, проведение его на основе сохранных анализаторов.

В коррекционно-развивающей работе над улучшением сенсорной интеграции мы используем следующие направления:

1. Специальные дидактические игры и упражнения по сенсорному развитию, направленные на развитие восприятия пространственных и качественных свойств предметов.

2. Игры и упражнения, направленные на развитие у ребенка социального восприятия: восприятия человека, его действий, движений; восприятие самого себя и окружающих его сверстников.

3. Продуктивная деятельность – рисование, аппликация, лепка, конструирование, игры с водой.

4. Использование в занятиях различных утяжелителей, игольчатых мячей, массажных рукавичек, губок и других материалов с различной текстурой.

Кроме этого, в коррекционно-развивающей работе с сенсорными системами мы используем игровой комплект «PERTRA» - целью которого является психомоторная коррекция. Игровой комплект состоит из семи игровых наборов, которые способствуют раннему развитию ребенка, стимулированию его творческих способностей, развитию мышления, процесса активного познания окружающего мира.

Работа с любым набором игровых средств должна начинаться с исследования каждой детали. Нужно ощупать, обвести пальцем форму фигуры, потрогать поверхность, проверить на совместимость детали одного набора, а затем и фигуры из разных наборов.

Комплект «PERTRA» разработан педагогом Марианной Фростиг. Концепция Марианны Фростиг обращена к возможностям творческого

формирования, как самого педагога, так и личности ребенка.

Наша практика с детьми дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью, в данном случае, с синдромом Дауна, позволяет нам использовать несколько наборов. Например, первый набор (Konstruktion), помогает развивать восприятие, ориентировку в пространстве, взаимосвязь пространственных объектов, содружественных движений глаз и рук. **Приведём пример.** Ребёнок строит улицу по образцу. Затем ребёнок проезжает автомобилем по этой улице. Потом при помощи автомобиля он перевозит деревянные шарики из начального пункта в конечный. При этом развивается координация зрения, действия рук и дозирование усилий.

Ещё один пример. Ребёнок строит улицу по образцу. Затем в круглое отверстие внизу доски-основы вставляется круглый штифт. Ребёнок должен провести металлический шарик по получившимся направляющим основы из начального пункта в конечный. При этом развивается координация зрения и действия рук, концентрация движения, а также причинное и опережающее мышление.

Второй набор (Klassifikation) способствует формированию представлений о геометрических формах, цвете и размере; способности к классификации; понимания пространственных отношений («лево-право», «вверх-вниз»). Раскладывая разноцветные детали, дети раз за разом получают новые виды геометрических фигур. Они обнаруживают, что из одних и тех же деталей можно создавать различные фигуры, учатся различать основные геометрические фигуры.

Третий набор (Diskrimination) способствует умению выявлять признаки и классифицировать объекты – важнейшая предпосылка любой деятельности. Сортируя бусины, дети определяют их сходство и различие по цвету, размеру и форме. Например, на доске-основе выложен ряд любых фигур. Нужно отобрать предметы такого же цвета,

формы и размера и выложить их во второй ряд доски-основы (можно нанизывать предметы на шнур). Либо на доске-основе (или на шнуре) разложены бусины разного размера и цвета. Требуется составить узор в обратной последовательности: та бусина, которая в образце была первой, должна стать последней.

Обратим внимание, в нашей работе используются пять аспектов вмешательства для улучшения развития когнитивных процессов:

- роль естественной среды в типичном развитии и в процессе вмешательства;
- точная диагностика проблем ребёнка;
- важность среды, стимулирующей сенсорные системы;
- мотивирование к эффективной деятельности, т. е. деятельности, обеспечивающей формирование адаптивных ответов;
- создание атмосферы, мотивирующей ребёнка к самостоятельности, улучшающей его самоконтроль и возбуждающей у него интерес к познанию окружающего мира.

Способность к сенсорной интеграции позволяет ребёнку с интеллектуальной недостаточностью синтезировать целостную картину окружающего мира и адекватно взаимодействовать с ним. Её нарушения приводят к деформации поведения, самозащите или аутостимуляции, провоцирует возникновение трудностей в организации активных и гибких отношений со средой.

По итогам коррекционной работы можно сделать следующий вывод: сенсорный подход в интеграции всех видов деятельности - это комплексный метод развития и обучения ребёнка, который дает положительную динамику, так как каждый фактор развития психических процессов влияет на факторы развития речи, коммуникацию, игру, движение, мотивацию, контакт с миром и дополняют друг друга.

Сенсорная интеграция в коррекционной работе с детьми с

интеллектуальной недостаточностью требует творческого отношения педагога к процессу обучения.

2.5.7. Использование наглядного материала в обучении детей младшего школьного возраста с РАС

В современном обществе расстройство аутистического спектра (РАС) рассматривается не только как клиническая, но и как психолого-педагогическая проблема, в связи с возникшим запросом общества на введение в образовательное пространство категории детей, ранее признаваемых необучаемыми. Согласно закону «Об образовании в Российской Федерации» каждый гражданин имеет право на «общедоступность и бесплатность дошкольного, школьного, дополнительного и среднего профессионального образования детей». Данный закон подробно прописывает, каким образом должно быть организовано обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов.

У детей с РАС часто не сформированы адаптивные, социальные и коммуникативные навыки: например, они не умеют адекватно выражать просьбу, отказ, привлекать внимание другого человека, общаться со сверстниками или взрослыми. Это приводит к возникновению и закреплению у них дезадаптивных форм поведения (агрессия, аутоагрессия, истерические реакции и т.п.). Как мы понимаем, аутичный ребенок имеет значительные трудности произвольной организации себя в пространстве и времени, трудность взаимодействия с детьми и взрослыми, часто невозможность ориентироваться в той или иной коммуникативной или учебной ситуации и т.п. Все это делает необходимым специальную работу по помощи в организации его жизни в школе.

При работе с детьми данной категории необходимо знать, что каждый обучающийся с аутизмом уникален. Даже при огромных усилиях, стратегия, которая достаточно хорошо ориентирована и работает для одного ребенка, может никак не действовать на другого. В связи с чем, и важна организация психолого-педагогического и медико-социального сопровождения образовательного процесса детей данной категории. Таким образом, деятельность специалистов сопровождения направлена на обучение детей младшего школьного возраста с РАС, осваивающих адаптированную основную общеобразовательную программу (АООП) вариант 8.3, и обучающихся в малокомплектном классе (6 человек). Обучающиеся получают образование в пролонгированные сроки – получение начального образования в период до 6 лет. Так, согласно учебному плану дети с РАС до обучения с 1 по 4 класс обучаются вначале в двух первых (дополнительных) классах. Отметим, что, несмотря на единое заключение ПМПК, в котором прописаны стандартные рекомендации для определенного образовательного маршрута, психолого-педагогические характеристики ребенка с РАС могут быть разнообразными, в связи с индивидуальными особенностями личности, выявленные в процессе его обучения.

Обучающиеся, страдающие аутизмом, отличаются крайне неустойчивым вниманием, быстрой утомляемостью, забывчивостью, в некоторых случаях агрессивностью по отношению к окружающим, а также аутоагрессией. Наблюдения педагога, говорят о том, что данная категория обучающихся отличается низкой работоспособностью, чрезмерной суетливостью, подвижностью, ранимостью. При утомлении и волнении они становятся более суетливыми и беспокойными, такое явление зачастую сопровождается громким криком, битьем руками о парту, специальным падением на пол, принося физический дискомфорт себе. Строгое замечание при повышенном тоне педагога может привести

к усугублению нежелательного поведения обучающегося с РАС. Отсюда следует, что такие дети по отношению к себе требуют щадящий подход не только в вопросах учебной и трудовой нагрузки, но и поведения.

Большая часть детей усваивает элементарные навыки самообслуживания. Так, до посещения образовательного учреждения только один обучающийся умел мыть руки с мылом, после вытирая их полотенцем, остальные отказывались от данного действия, доводя себя до истерики, в том числе и аутоагрессии. Свою одежду среди других дифференцируют только двое, одевание происходит всегда с помощью, дети не умеют застегивать пуговицы, вставлять замок в «собачку» и др. Учитывая эту практическую беспомощность и при неудаче истерические реакции, наблюдаемые у некоторых аутичных детей, педагог должен стараться как можно раньше прививать им практические навыки и умения, приучая участвовать в конкретных делах детского коллектива, а также приучая к самостоятельности собственных действий.

Что касается познавательной деятельности младших школьников с РАС – характеристика не однородна. В первую очередь следует учитывать деятельность родителя в воспитании и образовании собственного ребенка, а именно заинтересованность в успешности обучения. Какой фундамент знаний заложили родители в дошкольном возрасте ребенку, с тем и работают педагоги начальной школы. Зачастую мы сталкиваемся с такой реакцией родителя как «вы его научите, я ничего не могу и не умею». Лишь малая часть законных представителей понимают и осознают, что без их активного участия о развитии ребенка не может идти речи.

В практике не только зарубежных, но и отечественных ученых, особое внимание уделяется организации обучения младших школьников с РАС на основе личностно-ориентированных технологий и технологий развивающего обучения. Существует большое количество методов и

методик, применяемых при обучении детей с РАС (АВА, PRT, ТЕАССН и др.).

Следует обратить внимание на тот факт, что все задания должны предлагаться обучающемуся с РАС в наглядной форме, сопровождающейся словесно-логической инструкцией для его выполнения. Отсюда следует, что одним из условий успешного усвоения материала у младших школьников с нарушениями в развитии является его наглядность. Средства наглядности используются при изложении учебного материала, как обязательных предметов, так и внеурочной деятельности, в том числе и коррекционно-развивающей.

Наглядность или **визуальность** материала можно достичь с помощью структурированного обучения, которое невозможно без трех основных составляющих – структурированного пространства, визуального расписания и соответствующих компонентов учебного процесса.

Использование наглядных дидактических пособий, визуального расписания, подсказок, опор и социальных историй способствуют формированию учебной деятельности в целом и снижения уровня дезадаптивного поведения. Кроме визуальности, также использовалось **подкрепление**. Главной задачей не являлось формирование навыка или действие согласно инструкции (что немаловажно, но выступало на втором плане), а научить ребенка вниманию ко взрослому, его речи, дать ему опыт «послушания» - когда взрослый говорит, а ребенок делает. Пошаговая словесная инструкция должна быть на первоначальном этапе односложной («Вова, сядь»), которая, естественно, и при любых ситуациях, сопровождается наглядной подсказкой. Инструкция должна даваться громко и четко, чтобы обучающийся смог сконцентрировать свое внимание на взрослом. Если обучающийся с РАС не выполняет инструкцию во временном промежутке 3-5 секунд, то взрослый помогает ему с помощью физической подсказки (например, положить

руки на плечи и усадить на стул), при этом словесно обозначая результат поощрением в виде словесной похвалы (необходимо проговаривать эмоционально, выражая радость и гордость за обучающегося). На первом этапе обучающийся вместе со словесной похвалой получает пищевое подкрепление, в последствии от данного подкрепления отказываются и переходят к обычной словесной похвале, подкрепляя наклейками, смайликами и т.д. Таким образом, для автоматизации действия инструкция повторяется, постепенно помощь ослабляется, и малейшее приближение к цели поощряется.

С помощью визуальных подсказок постепенно формируется привлекательный стереотип занятий для обучающегося с РАС. Сформированное учебное поведение является важной предпосылкой дальнейшего обучения ребенка навыкам, важным для его развития и социальной адаптации. Для избегания нежелательного поведения, мы используем визуальное расписание, так как самостоятельно обучающийся с РАС не умеет и не может планировать собственное время, что и приводит к истерическим реакциям, доставляющих дискомфорт окружающим его сверстникам. Необходимость социальных историй также заключается в устранении нежелательного поведения, которое, собственно, связано с отсутствием долгосрочного планирования. Обучающиеся с РАС должны быть подготовлены к предстоящему мероприятию и знать свои действия заранее.

При данных обстоятельствах коррекционная работа с обучающимися с РАС должна проходить поэтапно и с учетом его психофизиологических особенностей. Таким образом, выполняются психолого-педагогические условия организации структурированного пространства: формирование положительной эмоциональной установки ребенка по отношению к занятиям; фиксация времени и места проводимого занятия, а также закрепление определенной

последовательности действий по подготовке к занятию и его завершению, что и способствует формированию учебного поведения и исключения до минимального значения нежелательного (дезадаптивного) поведения.

2.5.8. Роль учителя-дефектолога в работе с детьми с РАС

Для детей с РАС вхождение в детский коллектив часто оказывается травмирующим. Ребенка пугает не только новая обстановка и люди, но и повышенные требования, с которыми ребенок не всегда в силах справиться. У ребенка с РАС, не имеющего опыта общения со сверстниками и педагогами, как правило, не сформированы элементарные навыки учебного поведения. Чаще всего он не в полной мере понимает обращенную речь и не способен высказать свои желания и просьбы, что не позволяет ребенку эффективно усваивать материал. В связи с этим, целесообразным является дополнительная подготовка ребенка в форме индивидуальных, подгрупповых и групповых занятий с учителем-дефектологом. Цель этих занятий - формирование предпосылок интеллектуальной деятельности для более успешного усвоения учебного материала и мягкого безболезненного внедрения в среду нормативно развивающихся детей.

Недостаточный уровень адаптации, социализации часто является ведущим фактором, усугубляющим развитие познавательных процессов у детей с РАС, препятствует усвоению образовательной программы и ее практической части, а также формированию личности. Решением этих проблем и занимается учитель-дефектолог.

На основе выделенных компонентов, реализуется поэтапный процесс, включающий деятельность всех специалистов, участвующих в комплексном сопровождении развития обучающегося с расстройствами аутистического спектра.

Сопровождение ребенка с РАС условно можно разделить на **3 этапа**.

1 этап. Установление контакта. В ходе данного этапа педагог наблюдает за ребенком, выясняет, что является для ребенка поощрением, в каких случаях он отказывается общаться, какие аффективные реакции наблюдаются у него. Для установления контакта можно использовать сенсорные стимулы (мыльные пузыри, вращающиеся предметы – волчки, колесики и др.)

2 этап. Формирование навыков учебного поведения. Ведущей задачей данного этапа является общая организация поведения ребёнка с аутизмом: формирование установки на выполнение задания, выработка усидчивости, удержание внимания, привыкание к ситуации обучения. Важно соблюдать принцип постепенности, дозирования подачи нового материала. Инструкции и задания на занятия формулируются четко и кратко.

3 этап. Развитие познавательной сферы. На данном этапе решаются задачи интеллектуального развития ребенка с РАС в зависимости от выявленных у него умственных и речевых способностей и возможностей. Познавательное развитие включает: ознакомление с окружающим, сенсорное воспитание, формирование мышления, элементарных количественных представлений, развитие речи, общей и мелкой моторики, коммуникативных способностей. На занятиях идет работа по формированию предметной, конструктивной, игровой деятельности.

Работа дефектолога с детьми с РАС строится в соответствии с их индивидуальными возможностями, определяется степенью выраженности дефекта и динамикой в процессе коррекции. Длительность индивидуальных занятия 15-20 минут. Количество и продолжительность занятий варьируется с учетом психофизических

особенностей ребенка. Точно спрогнозировать, сколько потребуется занятий и дать гарантию полного устранения дефекта нельзя. Каждый случай индивидуален. Можно говорить лишь о частичной компенсации дефекта, социализации и развитии творческих способностей. Требуется организовать учебное пространство так, чтобы обеспечить непрерывное внимание ребёнка. Поэтому работа с ребенком состоит из упражнений, заданий, игр для пальчиков, творческих и музыкальных моментов, которые носят межпредметный характер. В работе особая роль уделяется формированию графо-моторным навыкам, что, в свою очередь, улучшает координацию пальцев и рук, способствует развитию воображения и усиливает наблюдательность – навык, способствующий умственной деятельности. Поэтому на занятиях детям предлагаются разные материалы (восковые мелки, карандаши, пластилин), различная поверхность (лист бумаги, картон, доска меловая и т. д.) и разнообразные приёмы работы.

При работе с такими детьми очень важно тесно и продуктивно взаимодействовать с их семьями. С этой целью в Центре проходят индивидуальные консультации для родителей, «родительские мастерские», тематические часы. На этих мероприятиях обращаем внимание на особенности воспитания и обучения детей с РАС, взаимодействию родителей и ребенка, даем советы по использованию различных дидактических игр в домашних условиях. Применение информационно-коммуникативных технологий позволяет оптимизировать коррекционно-педагогический процесс, индивидуализировать и дифференцировать обучение детей с расстройствами аутистического спектра и значительно повысить эффективность коррекционно-развивающей работы.

Важным является и организация пространственно-предметной развивающей среды. Все это позволяет эффективно осуществлять работу

с детьми с расстройствами аутистического спектра, делая новые маленькие и большие открытия, успехи, достижения. Дефектологическое сопровождение данной категории детей решает коррекционные задачи, направленные на развитие познавательной деятельности, речевого развития, на социальное развитие, формирование навыков коллективного взаимодействия, на развитие предпосылок социальной адаптации. Правильно построенная система дефектологического сопровождения помогает эффективно решать поставленные задачи. Знание потенциальных возможностей каждого ребенка и индивидуальный подход к воспитанию и обучению, сотрудничество со специалистами является залогом успеха учителя - дефектолога в работе.

2.5.9. Использование приемов прикладного анализа поведения в коррекционной работе с детьми с РАС

Главной задачей коррекционной работы всех специалистов Центра «ДАР» является подготовка ребенка с аутизмом к интеграции (возможно, к инклюзии) в другие образовательные организации посредством специализированной работы, направленной на смягчение основных трудностей детей с данным расстройством.

Деятельность Центра ведется по следующим направлениям:

- комплексная диагностика (ЦПМПК – Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия);
- консультирование;
- коррекционно-развивающие занятия (индивидуальные и групповые);
- раннее развитие (четыре группы: в двух группах – дети от 1 года до 2 лет; в двух группах – от 2 до 3 лет);

– методическая деятельность.

С увеличением и развитием доступных ресурсов, повышением информированности родителей о таких состояниях, как расстройства аутистического спектра (далее – РАС), а также с активным развитием службы ранней помощи детям с особенностями в развитии наблюдается значительный рост количества детей, поступающих в «ДАР» на коррекционные занятия.

Вот уже несколько лет в Центре работают группы раннего развития, куда приводят детей с 1 года рождения. Основными целями их создания являются:

- адаптация и социализация детей в коллективе;
- консультирование родителей по вопросам обучения и воспитания детей раннего возраста;
- раннее выявление детей с нарушениями в психофизическом развитии (а значит, и оказание своевременной коррекционной помощи).

Благодаря работе таких групп дети уже в раннем возрасте попадают в поле зрения необходимых специалистов и имеют возможность получать квалифицированную помощь в коррекции, а также в выборе дальнейшего образовательного маршрута. Педагоги Центра обращают внимание родителей на то, что необходимо насторожиться, если он к 18 месяцам:

- не откликается на собственное имя;
- не использует сам и не реагирует на указательный жест;
- не реагирует на просьбы и запреты;
- не выполняет инструкции;
- не стремится к коммуникации;
- из-за плохо развитой речи не может выразить свои мысли и потребности;
- имеет необычные интересы и поведение.

Согласно DSM-V (диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам V-версии 2013 года), расстройство аутистического спектра – спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

Сегодня существуют разнообразные методы и подходы к коррекции РАС, но опыт Центра показал, что на начальном этапе работы с маленькими детьми (а РАС проявляется в возрасте до трех лет) наиболее эффективными являются именно поведенческие приемы и техники, поскольку РАС – это, прежде всего, проявление поведенческих характеристик. Эти техники эффективны, так как направлены на преодоление основных дефицитов в развитии детей с данным расстройством, а именно, недостатка социальной мотивации и проявления собственной инициативы и сложностей в усвоении новой информации. Учитывая особенности мышления (буквальность и конкретность детей с РАС), поведенческие приемы – очень эффективный и доступный путь помощи ребенку в процессе обобщения материала в новых условиях, а также преодоления нехватки умения планировать свою деятельность и переходить самостоятельно от одного задания к другому.

В прикладном анализе поведения основным положением в законе о поведении является то, что поведение, которое получает подкрепление, будет повторяться, в то же время, определенное действие, повлекшее за собой нежелательное последствие, повторяться не будет. Учитывая это, педагоги Центра в своей работе используют ряд приемов. В первую очередь, проводится тщательное тестирование предпочтений ребенка. Средством мотивации для выполнения заданий здесь может

стать любимая игрушка, лакомство, какая-либо активность (батут, сухой бассейн и т. п.), эмоциональная тактильная игра (например, обнимание, щекотка). Главное – действительно заинтересовать ребенка, побудить его выполнить задание хорошо.

Следующий прием – обучение блоками и пошаговое обучение навыкам с учетом актуального уровня развития ребенка и его способностей. Детям с аутизмом обучение любому умению дается несравнимо сложнее, чем нейротипичным, поэтому в прикладном анализе используется метод разбивания сложного навыка на мелкие, которые, отрабатываясь по отдельности, затем собираются в единый. При этом работа ведется с помощью обучающих блоков. Обучающий блок – это определенная последовательность событий, состоящая из А (инструкции), В (реакции), С (последствия):

A-----B-----C

За каждую правильную реакцию (поведение) ребенка на предъявляемую ему инструкцию, особенно на первых порах, должно следовать поощрение, которое станет подкреплением конкретного поведения и стимулирует его дальнейшее повторение.

Обучение новым навыкам должно проходить без стресса, лишнего напряжения и тревоги, связанных с совершением ошибки, для этого обязательно использование еще одного приема прикладного анализа – безошибочное обучение с использованием различных «подсказок», в том числе и визуальных. На первых порах ребенку оказывается повсеместная физическая помощь, часто задания выполняются «рука в руке». По мере того, как ребенок сможет выполнить задание самостоятельно в большей части проб, «подсказки» уменьшаются.

Для того чтобы ребенок понимал, каков план его занятий, когда наступит отдых и сколько заданий он должен выполнить сегодня, специалисты активно используют такие приемы, как жетоны и

визуальные расписания.

При работе с детьми с РАС очень важно, чтобы полученный навык действительно был необходим ребенку в жизни, а значит, важно его «генерализовать», то есть использовать в различных ситуациях. Отсюда еще один прием прикладного анализа поведения – случайное обучение как стимулятор собственной инициативы ребенка. Например, если мы учим ребенка такой моторной имитации, как «помаши рукой», то он должен, уходя с занятия, помахать нам на прощание рукой.

Пожалуй, наиболее используемыми приемы прикладного анализа поведения становятся при работе с нежелательным поведением у детей с РАС. Проведя тщательный функциональный анализ такого поведения, важно понять, что его подкрепляет и лишить его этого подкрепления. При этом обязательно дать ребенку новый «инструмент» для достижения своих целей, а значит расширить его поведенческий репертуар за счет сформированных адаптивных навыков.

Используя приемы прикладного анализа поведения и индивидуальный подход к каждому ребенку, педагоги центра «ДАР» определяют сложность заданий и темп обучения индивидуально для каждого ребенка с РАС. Это делается для того, чтобы неизбежные ошибки, которые возникают у таких детей в процессе обучения, не снижали их мотивацию к развитию и не провоцировали негативные реакции и поведение.

2.6. Этические аспекты для людей с аутизмом

Люди с аутизмом должны пользоваться теми же правами и свободами, какими пользуются все граждане Европы (ЕС) так, как они приняты, во имя наибольшего благоприятствования человека с аутизмом. Эти права должны расширяться, защищаться и

поддерживаться соответствующим законодательством в каждой стране. Нужно также принимать во внимание Декларацию ООН о правах лиц с психическими расстройствами (1971 г.), Декларацию прав лиц с ограниченными возможностями (1975 г.) и другие аналогичные декларации, касающиеся прав человека. В частности, что касается людей с аутизмом, хотелось бы добавить следующее: За прошедшие годы было написано множество «деклараций», «хартий» и «программ прав» в интересах людей с ограниченными возможностями. Несмотря на то, что их намерения ясны, а их дух и чувства достойны похвалы, ни одно из них не направлено на решение конкретного круга проблем, характерных для аутизма. Советы наций ООН и ЕС согласились поддержать все эти заявления и, таким образом, обязались включить их в той или иной форме в свою законодательную повестку дня.

Настоящие рекомендации разработаны для того, чтобы точно объяснить, что означает Хартия и каковы последствия ее принятия. Они пытаются привести несколько примеров для оценки соответствия между различными статьями Хартии. Конкретный способ приложения основных правил будет изменяться в соответствии с изменениями наших представлений об аутизме, новых методов терапии и наших взглядов на то, что должны включать в себя лучшие практики, а также основные ценности и стандарты построения общества. Эти рекомендации будут регулярно пересматриваться и изменяться, но принципы, закрепленные в Хартии, останутся прежними.

Тест контроля знаний

1. Дайте определение и охарактеризуйте термин «аутизм»
2. Перечислите разновидности аутизма и частоту их распространения.
3. Каковы возможные причины и перечислите факторы,

предрасполагающие к аутизму?

4. В каком возрасте диагностируется заболевание и каковы первые признаки?

5. Укажите физические и психологические характеристики ребенка с аутизмом

6. Какие традиционные и альтернативные методы лечения применяются чаще всего?

7. Каковы причины нарушения социального функционирования ребенка с аутизмом и его семьи?

8. Каковы наиболее частые проблемы людей с аутизмом?

Литература:

1. Айрес, Э. Дж. Ребёнок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес ; пер. с англ. Юлии Даре. – М.: Теревинф, 2009. - С. 272.

2. Бикова, П., Димитрова, М., Василева, Н., Терзиева, А. Мултидисциплинарният екип в здравните грижи / П. Бикова, М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева // ИНГА: 33 научнотехнологична сесия: сборник статии. - Изд.“ТЕМТО“, 2014. - С. 127-130.

3. Благоева, Д., Терзиева, А., Попова, Т., Димитрова, А. Епилепсията – като заболяваемост и значимост на проблема / Д. Благоева, А. Терзиева, Т. Попова, А. Димитрова; Интердисциплинна гражданска академия // ИНГА: 37 научно-технологична сесия: сборник статии. - Изд.“ТЕМТО“, 2016. - С. 297-300.

4. Борисова, М., Райнова, А., Терзиева, А. Информационни потребности на бъдещите родители за правилното физическо развитие на децата им / М. Борисова, А. Райнова, А. Терзиева; Интердисциплинна гражданска академия // ИНГА: 38 научно-технологична сесия: сборник

статии. - Изд. "ТЕМТО", 2016. - С. 187-192.

5. Боянова, В. От симптома към диагнозата в логопедичната практика / В. Боянова; НБУ. - София, 2012.

6. Варенова, Т.В. Создание коррекционно-развивающих технологий на основе метода сенсорной интеграции / Т.В. Варенова // Сборник трудов факультета специальной педагогики и специальной психологии. Т. 2. Международный межвузовский выпуск. – М.: МГПУ, 2007. – С. 44–51.

7. Веденина, М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение 1 / М.Ю. Веденина // Дефектология. - 1997. - № 2. - С. 31-40.

8. Иванова, Д., Терзиева, А., Чанева, Г. Потребност от обучение на медицинските сестри работещи в детски сектори, относно специфичните грижи за деца с увреждания / Д. Иванова, А. Терзиева, Г. Чанева // Наука и технологии.

9. Костова, З. Емоционална регулация при разстройства от аутистичния спектър. - изд, ИК "Стено" ISBN: 978-619-241-079-7, София, 2020.

10. Лебединская, К.С., Никольская, О.С. Диагностика раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. - М.: Просвещение, 2008. - С. 23.

11. Лебединская, К.С., Лукашова, И.Д., Немировская, С.В. Клиническая характеристика синдрома раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, И.Д. Луашова, С.В. Немировская // С-Пб. Ранний детский аутизм / под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. - М.: НИИД АПН СССР, 1981. - С. 4-24.

12. Лукина, Г.Н. Основные педагогические аспекты работы учителя-дефектолога с детьми с расстройствами аутистического спектра / Г.Н. Лукина // Аспекты и тенденции педагогической науки: материалы

II Международ. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, июль 2017 г.). – СПб.: Свое издательство, 2017. - С. 50-53. - URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/216/12623/> (дата обращения: 01.12.2020).

13. Манова, М. Хиперактивного дете, Практическо ръководство за разбиране и терапия на деца със синдром на дефицит на внимание и хиперактивност / М. Манова. - София, 2012.

14. Матанова, В. Аутизм. Диференциална диагноза / В. Матанова. – София: изд. „Софи-Р“, 2007.

15. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога / С.С. Морозова. - М.: Гуманитар.изд.центр ВЛАДОС, 2007. - С. 27-30, 56-58, 66-81.

16. Морозова, С.С. Методические рекомендации по работе с детьми с осложненными формами аутизма. Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе / С.С. Морозова ; под ред. С.А. Морозова. - М., 2002. - С. 167-189.

17. Морозова, С.С. Развитие речи у детей в рамках поведенческой терапии. Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе / С.С. Морозова ; под ред. С.А. Морозова. - М., 2002. - С. 65-80.

18. Никольская, Е.Р., Баенская, М.М. Либлинг: Аутичный ребенок. Пути помощи / Е.Р. Никольская, М.М. Баенская. – изд.6-е. - М.: Теревинф. – 288 с.

19. Никольская, О.С., Баенская, Е.Р. Аутичный ребенок / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская. - М., 2016. - С. 69-89.

20. Петков, П., Терзиева, А. Семейство, възпитание и здраве / П. Петков, А. Терзиева // сп. „Здраве и наука“. - Година V. - Бр., 3 (019), 2015. - С. 17-20.

21. Стамболова, И. Мениджмънт и етика на общата медицинска практика / И. Стамболова. - Симел, 2008.
22. Тео Питерс. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Тео Питерс. - СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. - С. 23 -31.
23. Терзиева, А., Стамболова, И., Васильева, Н. Участие и роль пациентов в лечении. Взаимоотношения и взаимодействия в группе / А. Терзиева, И. Стамболова, Н. Васильева // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2015. – № 1. - URL: www.es.rae.ru/bulletinpp/210-976 (дата обращения: 09.12.2020).
24. Терзиева, А., Геренова, Ж., Георгиева, С., Димитрова, А. Институционални проблеми на родителите на деца с увреждания / А. Терзиева, Ж. Геренова, С. Георгиева, А. Димитрова ; Университет „Проф. д-р Асен Златеров“. – Бургас. - Т. XIII (5), 2017. - С. 17-23.
25. Терзиева, А., Василева, Н., Чанева, Г. Проблеми в обучението по сестрински грижи за пациенти с увреждания / А. Терзиева, Н. Василева, Г. Чанева // сп. «Сестринско дело». - 2014. - № 3. - С. 42-44.
26. Bogdashina, O. Sensory perceptual issues in autism and asperger syndrome: Different sensory experiences - different perceptual worlds / O. Bogdashina. - London: Jessica Kingsley, 2016.
27. Ghaziuddin, M. Mental health aspects of autism and Asperger Syndrome / M. Ghaziuddin. - London: Jessica Kingsley, 2005.
28. Hallmayer, J., & Bölte, S. Autism spectrum conditions: FAQs on autism, Asperger syndrome, and atypical autism answered by international experts / J. Hallmayer, & S. Bölte. - Cambridge, MA: Hogrefe Pub, 2011.
29. Rieske, R.D. Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder. Springer / R.D. Rieske. – 2019.

ГЛАВА 3

Детский церебральный паралич (ДЦП)

3.1. Понятие и сущность диагноза ДЦП

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) - это собирательный термин, который включает в себя различные по этиологии, локализации и степени повреждения структур головного мозга, полученные, либо во время беременности, либо во время родов, либо вскоре после рождения, в течение первого месяца.

Детский церебральный паралич известен со времен Гиппократа, но впервые был описан доктором Уильямом Джоном Литтлом в 1860 году как «... загадочное заболевание, которое поражает ребенка первого года жизни, вызывая ригидность мышц ног и в меньшей степени рук, вызванное недостатком кислорода во время родов».

Позже, в 1897 году, доктор Зигмунд Фрейд опроверг доктора Литтла, изложив свою точку зрения на церебральный паралич: «Церебральный паралич уходит корнями в ранний период жизни ребенка, в период внутриутробного развития мозга, а трудные роды, в некоторых случаях, являются просто симптомом серьезного воздействия, влияющего на развитие ребенка». Несмотря на наблюдения Фрейда, широко распространено мнение, что осложнения во время родов являются наиболее частой причиной ДЦП.

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение детского церебрального паралича: «Полиэтиологическое не прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, которое возникает во время беременности, родов и 30 дней после них, повреждая в первую очередь развивающиеся структуры мозга, ответственные за движение и положение тела. Кроме того, часто

страдают речь, зрение, интеллект, ощущения, поведение и появляются судороги».

Причины появления ДЦП

Название «церебральный паралич» (ЦП) нельзя назвать точным, несмотря на то, что оно является традиционным и общепринятым в медицинской терминологии. ДЦП - это не болезнь или заболевание, а состояние, вызванное повреждением головного мозга. Иногда это результат болезни в раннем детстве, например менингита. Однако, появляется все больше свидетельств того, что в небольшом количестве случаев это связано с генетическим дефектом. Исследования все еще не полностью обобщили причины ДЦП.

По времени проявления их можно сгруппировать следующим образом:

- *Пренатальные факторы* - генетические, физические, химические и инфекционные, вызывающие различные пороки развития мозга или врожденный энцефалит.

- *Перинатальные факторы* - асфиксия при рождении, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, кровоизлияние в мозг и травмы. Недоношенные младенцы гораздо более уязвимы, особенно если они весят менее 1500 г.

- *Постнатальные факторы* - энцефалит, менингит, дыхательная недостаточность, обезвоживание, черепно-мозговая травма, резус-несовместимость и тяжелая билирубинемия в неонатальном периоде.

Наиболее значимым для возникновения ДЦП является тяжелая асфиксия. Очень часто причины возникновения ДЦП не ясны. Считается, что он является результатом очевидных единичных причин, но чаще всего патогенез сложен и возможно включает в себя ряд незначительных факторов.

Частота заболеваемости

Заболеваемость ДЦП в Европе составляет 2,0 - 2,5 на 1000 новорожденных. В России количество случаев ДЦП на 1000 родов гораздо выше – 6-8. Ежегодно регистрируется рождение 1-1,5 тысячи детей с диагнозом ДЦП.

Значительно чаще наблюдается у следующих групп новорожденных:

Недоношенные - при рождении раньше 33-ей недели беременности ДЦП встречается в 30 раз чаще.

Незрелые - с массой тела при рождении <1500 г.

С асфиксией - с низкими значениями по Апгару, неонатальными синдромами и неонатальными судорогами.

С кровоизлиянием в мозг и / или перивентрикулярной лейкомаляцией

При многоплодной беременности

3.2. Клинические формы и сопутствующие симптомы ДЦП

Двигательные расстройства являются ведущими и первыми заметными проявлениями, наблюдаемыми в послеродовом развитии. В зависимости от них выделяют следующие клинические формы ДЦП:

Пирамидные (спастические) формы ДЦП:

Двойная гемиплегическая форма (квадрипарез) – это самая тяжелая форма - поражает верхние и нижние конечности. Двигательное развитие детей сильно отстает. Они вялые, с мышечной гипотонией, которая примерно на 2-м месяце сменяется гипертонией. Наблюдаются затруднения при сосании и глотании, частое поглощение пищи, нарушение слуха, косоглазие, микроцефалия. Детей трудно чему-нибудь научить, они часто страдают эпилептическими припадками, тяжелым интеллектуальным дефицитом, нарушениями зрения и речи.

Диплегическая форма (нижний спастический парез) - чаще встречается у недоношенных детей. Дефицит моторики нижних конечностей. Имеется характерная поза «ножницы». Дети поздно начинают ходить и часто на цыпочках. При этой форме ДЦП эпилептические припадки встречаются реже, у детей нормальный интеллект или умеренная степень интеллектуального дефицита.

Гемиплегическая (гемипаретическая) форма является наиболее распространенной. Первые проявления устанавливаются в 4-5 месячном возрасте. Ребенок не пользуется паретичной рукой, которая находится в характерном положении со сжатым кулачком, схватывающий рефлекс усилен. Позже начинают ходить, походка типа Вернике (косящая походка). Бывают нарушения речи, эпилептические припадки.

Экстрапирамидная (дискинетическая, атетодная) форма ДЦП характеризуется наличием непроизвольных движений. С первых недель жизни наблюдается мышечная гипотония. В возрасте от 1 до 2 лет встречается атетозный гиперкинез. Он бывает самопроизвольным или спровоцированным шумом или прикосновением. Он локализуется в мышцах лица и конечностей. Дети поздно начинают ходить – в возрасте от 2 до 4 лет. Обычно у них нормальный интеллект, но из-за нарушения речи и артикуляции общение затруднено.

Мозжечковая (церебральная, атаксическая, гипотоническая) форма ДЦП - самая редкая. Связано с повреждением мозжечка. В первые месяцы наблюдается мышечная гипотония, позже - статическая и двигательная атаксия. Возникают патологические рефлекс, нарушения речи, интеллектуальный дефицит. Дети начинают ходить лишь к 3-4 годам.

Смешанные формы ДЦП характеризуются одновременным наличием пирамидного синдрома (парез, повышенный мышечный тонус, патологические рефлекс из группы Бабинского и Розолимо), экстрапирамидного синдрома (атетический гиперкинез, дистония) или мозжечкового синдрома (атаксия, тремор).

3.3. Диагностика ДЦП

Для обеспечения более эффективного развития больного ребенка очень важна ранняя диагностика. Минимальный возраст для диагностики церебрального паралича - после 18 месяцев. До 18-месячного возраста при наличии определенных клинических признаков ставится диагноз «Специфическое нарушение развития двигательных функций» (СНРДФ). Этот диагноз в различной степени подтверждается термином «нарушение центральной координации» (НЦК). Ставится детям из групп риска при наличии двигательной отсталости, отклонений позиционной реактивности, при сохранении примитивных рефлексов и нарушении координации движений, подтвержденных или нет результатами визуальной диагностики. Диагноз носит временный характер и указывает на определенную степень риска развития ДЦП, а также подчеркивает необходимость наблюдения и подключения адекватной реабилитации и лечения, если это необходимо.

Алгоритм поведения при диагностике детей с СНРДФ-НЦК и ДЦП

1. Дети, рожденные с пре- или перинатальной патологией, из родильного дома направляются в специализированную больницу для детей с ДЦП, где обследование проводит бригада специалистов и определяется соответствующая программа комплексной медико-педагогической реабилитации и лечения.

2. Врачи общей практики и другие специалисты следят за ранним нейropsychологическим развитием детей из группы риска и, когда они обнаруживают задержку нейромоторного развития, направляют их в педиатрическую неврологическую клинику для проведения целевого исследования дифференциальной диагностики и выяснения этиопатогенеза ДЦП и его классификации согласно требованиям регистров ЕС.

3. После уточнения диагноза и формы ДЦП ребенок направляется на проведение комплексной медико-педагогической реабилитации в специализированные реабилитационные стационары или отделения физической и реабилитационной медицины в многопрофильных или специализированных стационарах.

4. Если у ребёнка с ДЦП есть подозрение на эпилепсию, терапевт направляет его к детскому неврологу для проведения специализированных тестов электроэнцефалографии и соответствующего лечения.

5. При подозрении на умственную отсталость, для стимуляции когнитивных процессов, дети с ДЦП направляются на психологическое обследование у клинического психолога и проведение специализированных вмешательств.

6. При нарушении зрения личный врач направляет пациентов к офтальмологу.

7. ДЦП является хроническим заболеванием, и пациенты подлежат диспансеризации и регулярному медицинскому наблюдению у личного врача и специалиста-невролога.

3.4. Междисциплинарная команда, работающая с детьми с церебральным параличом

Формирование хорошей команды медицинских специалистов, отвечающих конкретным потребностям ребенка с ограниченными возможностями – это длительный, сложный и противоречивый процесс. Это необходимо для выполнения сложных задач, связанных с достижением максимального успеха с акцентом на поддержку социальной интеграции и оказание профессиональной помощи семьям и улучшением качества ухода. Все это становится возможным только

путем сотрудничества людей, объединенных в командную структуру.

Междисциплинарное взаимодействие

Врач - специалист по физической и реабилитационной медицине
(ФРМ)

Педиатр

Невролог

Ортопед

Медсестра

Физиотерапевт

Клинический психолог

Монтессори-терапевт

Эрготерапевт

Логопед

Специальный педагог

Арт-терапевт

Социальный работник

При наличии определенных показаний со стороны ребенка в коллектив могут быть привлечены внешние врачи - консультанты:

Детский невролог

Детский психиатр

ЛОР специалист

Офтальмолог

Диетолог и другие.

Специалист ФРМ вместе с командой реабилитации выстраивает терапевтическую стратегию с конкретными целями - ближней и дальней, назначая и организуя физиотерапевтические процедуры в соответствии с их конкретными терапевтическими возможностями и контролируя их выполнение, а также подключая другие терапевтические факторы - лекарства, гипербарический кислород, хирургические операции и т.д.

Медсестра - первичная медико-санитарная помощь также способствует совместной практике и установлению прямых связей между медсестрами и другими специалистами. Благодаря своим навыкам и обучению родственников оказанию помощи и возможности пользоваться внешними услугами, она может быть очень полезной. Медсестра отвечает за интеграцию и укрепление межпрофессиональных отношений в медицинских и социальных учреждениях.

Физиотерапевт - его роль заключается в создании правильного двигательного стереотипа путем контролирования каждого движения, т.е. физиотерапевт – это менеджер движений. Аналитические активные упражнения являются наиболее эффективными с точки зрения ЦП. Управление движениями при ЦП требует аналитического мышления. Для того, чтобы выработать правильный двигательный стереотип, каждое движение необходимо разделить на элементы, которые должны быть отработаны и повторены много раз, а для того, чтобы движение стало пригодным для использования, оно должно быть осознанным и включенным в функцию. Функция должна стать частью деятельности. Конечная цель физиотерапии будет достигнута тогда, когда занятие превратится в ежедневную необходимость. Для достижения прогресса необходимо постоянное обновление на каждом последующем уроке. Ресурсы реабилитации меняются и требуют «управления физиотерапией», которая приведет к достижению независимости.

Для улучшения и нормализации мышечного тонуса, облегчения активных и пассивных движений, поддержания симметрии тела, длины мышц (для предотвращения контрактур и деформаций) проводятся сеансы реабилитации и моторная терапия.

Эрготерапевт играет важную вспомогательную роль в отношении раннего развития детей с ограниченными возможностями и задержками в развитии. Его работа является частью комплексной реабилитации

детей с неврологическими нарушениями, когда, из-за инвалидности, болезней или психосоциальных дисфункций, возникают трудности, и ориентирована на повседневные действия и преодоление проблем при их выполнении. Трудотерапия благотворно влияет на физическое восстановление детей, улучшает нервно-мышечную координацию, стимулирует психоэмоциональное развитие и способствует ресоциализации. Цель состоит в том, чтобы обеспечить максимальную степень независимости в функционировании человека в его среде и его отношениях с другими. Трудотерапия способствует развитию, восстановлению, поддержанию или модификации повседневных навыков ухода за собой и во время работы. Она также направлена на адаптацию домашней, школьной и рабочей среды для того, чтобы соответствовать индивидуальным характеристикам ребенка и позволять ему полноценно функционировать, справляясь с повседневными делами. Трудотерапия проводится в игровой форме, как основной вид деятельности, способствуя полноценному развитию ребенка. Посредством игры приобретаются знания об окружающей среде, проявляется реакция, осваиваются различные навыки и привычки. Игра предоставляет богатые возможности для развития движений и общего физического укрепления ребенка. Различные игры также работают на развитие когнитивных навыков, пространственной ориентации, бимануальной координации, зрительно-моторной координации и т.д. Занятия проходят индивидуально или в группах по 2-3 ребенка. Этот вид деятельности оказывает стимулирующее действие, развивает навыки, повышает самоконтроль, развивает качества взаимопомощи и правильной оценки.

Цель трудотерапии в раннем детстве состоит в обеспечении правильного и своевременного развития движений и коррекции патологических двигательных стереотипов, возникших в результате

повреждения головного мозга.

Основные задачи трудотерапии у детей с травмами головного мозга направлены на:

- Развитие и укрепление двигательных функций;
- Развитие умственных способностей и памяти;
- Развитие мыслительных процессов - восприятия, мышления, внимания;
- Обучение повседневной деятельности.

В процессе терапевтического взаимодействия с ребенком ключевое значение имеют родители. Именно они лучше всего знают физические характеристики и поведенческие проявления своего ребенка. Очень важно, чтобы у них была возможность подключиться и участвовать в терапевтическом процессе для того, чтобы приобрести отношения и навыки для более полной и систематической поддержки ребенка в домашней обстановке. Для того, чтобы ребенок мог закрепить навыки, полученные во время сеансов терапии, команда оказывает помощь родителям различными советами и информацией о подходах, которые следует использовать дома. Особое значение имеет системная работа и координация усилий в одном направлении, как всех членов команды, так и родителей и других близких и родственников ребенка.

3.5. Лечение ДЦП

ДЦП - это остаточные явления уже перенесенного патологического процесса, при этом двигательные и другие нарушения имеют тенденцию к обратному развитию. Задача врача состоит в направлении существующего регресса симптомов по правильному пути, не давая развиться контрактурам, различным неверным позам и движениям.

В процессе лечения, учитывая сложность патогенеза и многообразие клинических форм ДЦП, необходимо участие таких специалистов, как невропатолог, психиатр, ортопед, врач по лечебной физкультуре, логопед и др.

Для правильного планирования лечения больного ребенка с ЦП, необходимо предварительно, определить некоторые данные:

- Какие показатели моторного развития (контроль головы, повороты, сидение, вставание, стояние, ходьба, манипуляция рукой и кистью) сравнительно нормальные, но отстают от хронологического возраста?

- Какому периоду соответствуют те или иные статические и локомоторные функции, мозаичны ли они?

- Почему ребенок выполняет одни движения и не может выполнить другие?

- Какие элементы движения отсутствуют в каждом навыке и мешают его развитию?

- Оказывает ли влияние тоническая рефлексорная активность на позу и движения?

- Степень спастичности в покое, при попытке к движению, в каких позах она ярче выражена?

- Наличие контрактур и деформаций или их ранних признаков?

- Уровень психического и речевого развития, характер сочетанных расстройств.

Основные задачи лечения включают:

- выработку у ребенка образцов движений, способствующих нормализации мышечного тонуса, противодействию силе тяжести, сохранению равновесия, и создания возможности самостоятельного передвижения и навыков самообслуживания;

- предупреждение формирования патологических поз,

аномального мышечного тонуса и развития контрактур и деформаций;

- обучение родителей методам лечебного ухода и доступным лечебно-коррекционным мероприятиям.

Основные направления коррекционной работы по формированию двигательных функций предполагают комплексное, системное воздействие, включающее медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, различные массажи, лечебную физкультуру, непосредственно связанную с проведением уроков физической культуры, труда, с развитием и коррекцией движений во все режимные моменты.

Лечение должно быть комплексным – медикаментозное плюс ортопедическая и ранняя двигательная и речевая реабилитация. Руководящий принцип лечения заключается в том, что при таком уходе и терапии оказывается воздействие в самом раннем возрасте и в достаточном объеме и интенсивности. Это уменьшает зависимость человека от дополнительной поддержки и помощи в будущем. Успех зависит от командного подхода, при котором родители и ребенок являются центральными фигурами в реабилитационной команде. Необходима постоянно стимулируемая мотивация семьи, так как лечение может продолжаться всю жизнь.

В основном операции направлены на преодоление контрактур и спастичности пораженных мышц, а также на восстановление формы поврежденной конечности. Основными целями, которые должны быть поставлены и родителями, и терапевтической командой, должны быть, во-первых, физическая независимость, во-вторых, социальная ответственность и в-третьих, эмоциональная зрелость. Это три цели, на достижении которых должны строиться как лечебный процесс, так и жизнь, и самоконтроль ребенка.

3.6. Физиотерапевтические методы лечения ДЦП, применяемые в Болгарии

Целью раннего вмешательства у детей с ЦП является недопущение, чтобы инвалидность у детей приводила к полной отсталости в умственном, интеллектуальном и физическом развитии. Ранняя реабилитация позволяет провести точную оценку и адекватное терапевтическое вмешательство. Используя современные методы реабилитации и устройства, стимулировать физическое и умственное развитие детей с ЦП, а также развивать у детей навыки и привычки, необходимые для поступления на более высокий уровень специализированных или обычных школ, в зависимости от их уровня развития.

Бобат - этот метод является одним из самых распространенных методов реабилитации среди невропатологов. Основное внимание уделяется поддержанию нормальных фаз моторного развития ребенка, предотвращая, в то же время, различные сопутствующие осложнения (например, контрактуры). Современный Бобат - это постоянно развивающаяся методика, которая стремится интегрировать инновации в нейробиологии и неврологии в стремлении предложить основанный на доказательствах научный подход. К сожалению, современные научные данные не подтверждают его эффективность.

Войта - вторая методология, используемая в Болгарии. Этот метод направлен на восстановление нормального движения за счет рефлекторной локомоции, вращения и ползания из разных исходных положений, воздействуя на определенные точки на теле детей. В последнее время его эффективность вызывает много дискуссий и споров.

Позиционное лечение в отягощенной позиции или другими

словами «в упоре». Цель состоит в том, чтобы поставить конечность статически и в упоре для улучшения стабильности суставов, мышечного тонуса и плотности костей. Применяется в виде вертикализаторов и наклоняющихся столов. Известно, что кратковременный мышечный тонус можно нормализовать. В конечном итоге позиционное лечение может улучшить минерализацию костей.

Гидротерапия - это программа физиотерапии на водной основе. С точки зрения среды, в которой можно выполнять упражнения, это то, что эффективно улучшит общую моторику детей с ДЦП и их жизненные показатели.

Растяжка - это пассивное растяжение - очень медленно, с продолжительным давлением на сухожилия спастических или жестких мышц или групп мышц с пассивным диапазоном движений в суставе. Растяжка - это то, что очень часто используется на практике, когда дело доходит до церебрального паралича и всех неврологических повреждений с гипертонусом скелетных мышц. Это может быть очень травмирующей и эмоционально истощающей частью терапии для ребенка. Растяжение связано с дискомфортом, и, если терапевт не будет осторожен, возможно получение травм. Неэффективен для предотвращения контрактур. В краткосрочной перспективе снижает спастичность и улучшает объем движений. Однако с точки зрения эмоционального состояния ребенка, растяжка может даже заставить ребенка напрячься, чтобы справиться с болью и дискомфортом.

Тренировка с сопротивлением - эта силовая тренировка не увеличит спастичность, а, наоборот, поможет ребенку улучшить его мышечную силу и значительно облегчит ему различные виды деятельности, которые он должен выполнять на протяжении всей своей жизни.

Тренировка с опорой на беговой дорожке - это интересная

методика, при которой ребенок стоит вертикально и на беговой дорожке, но в расслабленном положении с использованием различных манжет и ремней для облегчения ходьбы и имитации ходьбы. Это более примитивная версия локомата (Lokomat - чрезвычайно точный аппарат, который двигает нижние конечности и борется с их спастичностью), которая допускает личный ручной контакт и прямое управление рукой терапевта. Тренировка с опорой на беговой дорожке улучшает функцию поддержки конечностей, а также ходьбу.

Бимануальная тренировка и терапия - это следующие формы тренировок, которые показали свою эффективность и которые следует использовать для улучшения функций верхних конечностей у детей с ДЦП. При этом методе ограничивается здоровая конечность, а используется парализованная. Оба метода активны и показывают схожие результаты, но бимануальная тренировка улучшает одновременное использование обеих конечностей.

Иппотерапия или конная терапия. Верховая езда хороша для детей с ДЦП, и она должна быть включена в их программу. Она улучшит симметрию тела и бедер маленьких пациентов и вызовет улыбки на их лицах, что крайне важно.

Шины - могут эффективно предотвратить контрактуры, но для закрепления эффекта необходимы активные упражнения.

БОС (Биофидбек) - безопасный неинвазивный метод, при котором мозг учится функционировать более эффективно. Это метод тренировки мозговой активности, укрепления нейронных связей, повышения умственной выносливости и гибкости. БОС-тренировка используется как сопутствующая терапия при ДЦП, неврологических расстройствах и др.

Электростимуляция - электрическая стимуляция увеличивает мышечную силу у детей с ДЦП. Наиболее эффективна в сочетании с

активными упражнениями, как предыдущие два.

Лазерная терапия и лазерная акупунктура - с помощью специализированных схем лечения с помощью лазерной пункции достигается улучшение иннервации нервного импульса по ходу пораженных нервов в соответствии с типом пареза. Лечение длится несколько лет в виде курсов и обязательно сочетается с реабилитацией. Наилучшие результаты достигаются, когда заболевание диагностируется в самом начале его появления, т.е. месяцы после рождения, и сразу приступают к необходимой схеме лечения.

Рекреация - с помощью адаптированных видов спорта и/или организованных физических занятий, усиленных их конкретным педагогическим, психологическим и эмоциональным воздействием ("fit&fun"), стимулируется двигательное развитие ребенка, пробуждая и облегчая его социальную адаптацию - танцы, плавание, лечебные процедуры. верховая езда, катание на лыжах, баскетбол, футбол, езда на велосипеде и др.

Гипербарическая оксигенация - это элемент всего алгоритма лечения людей с ДЦП. Детям с ЦП кислород под давлением помогает, достигая и насыщая поврежденные ткани мозга. Таким образом, после продолжительных занятий, возможно улучшение неврологического статуса этих детей. Применяется при задержке моторного развития в возрасте от 1 месяца до 4 лет, при отставании психологического и речевого развития - после 3 лет, при повышенном мышечном тоне - после 2 лет, при дефиците внимания и повышенной двигательной активности. Общие противопоказания: судороги и данные о прошлых приступах, лихорадке, заболеваниях внутреннего уха, шунтах, клаустрофобии.

3.7. Комплекс реабилитационных мероприятий при ДЦП в России

Реабилитационные мероприятия носят комплексный характер и назначаются индивидуально для каждого ребенка, в соответствии с диагнозом, индивидуальной программой реабилитации, данными клинического и лабораторных обследований.

При отсутствии противопоказаний практически всем детям назначаются занятия лечебной физкультурой индивидуальные или мало групповые. Занятия назначаются с учетом той ступеньки онтогенеза на которой находится ребенок, используются комплексы упражнений, формирующие у детей жизненно важные двигательные навыки и умения: ползание; передвижение на четвереньках; освоение позы стояния; упражнения для усвоения шаговых движений ребенка; формирование правильного кинематического рисунка шага; перешагивание через препятствия; ходьба по лестнице и т.д. В дальнейшем в занятия подключаются специальные упражнения для развития физических качеств и способностей детей (быстроты, ловкости, выносливости, гибкости, силы, функции равновесия, координации). Таким образом, процесс обучения проходит по спирали, на каждом витке которой предусматривается решение определенных задач: разучивание и закрепление одних движений и дальнейшее совершенствование других. На последующем витке формируются предпосылки для решения следующей группы задач.

Как один из методов лечебной физкультуры (ЛФК), стремительно перерастающий в самостоятельную технологию – это иппотерапия. Преобладающая часть маленьких пациентов должна проходить курс иппотерапии в рамках комплексной реабилитации. Можно назвать два основных, наиболее ярко выраженных действенных фактора лечебной

верховой езды - это эмоциональная взаимосвязь с животным и достаточно жесткие, требующие активизации всех физических сил и воли условия езды на лошади. Происходит максимальная мобилизация волевой сферы. При этом у ребенка проявляется уверенность, самоутверждение и занятия воспринимаются как игра, развлечение, удовольствие. Именно это сочетание создает уникальную терапевтическую ситуацию.

Массаж детям, при отсутствии противопоказаний в 99% назначается ручной. Физиолечение представлено широкой линейкой аппаратов магнитотерапии, ДЭНАС-терапии, аппаратов для электростимуляции, гальванизации, электрофореза, фонофореза, микрополяризации головного и спинного мозга.

Важнейшее значение для детей имеют занятия в воде в бассейне. Водная среда, компенсируя вес тела, снижает нагрузку на опорнодвигательный аппарат, уменьшает спастичность, способствует улучшению респираторной функции, кровообращения. Упражнения в воде помогают воспитывать морально-волевые качества, необходимые для преодоления чувства неуверенности в себе. Инструктором индивидуально подбираются активные и пассивные упражнения с элементами облегчения и отягощения (например, с водными гантелями, пенопластовыми плотиками). Как альтернативный метод лечения применяется иглорефлексотерапия.

Методы нейродинамической проприоцептивной коррекции (ДПК)

В настоящее время, в соответствии с клиническими рекомендациями по ДЦП от 2017 года российской разработкой, нашедшей широкое применение в комплексной реабилитации пациентов с ДЦП, является использование метода динамической проприоцептивной коррекции (ДПК), осуществляемой при помощи

специализированных костюмов: **Адели, Гравистат, Атлант.**

Использование метода ДПК способствует уменьшению сенсорной дисафферентации за счет коррекции нарушенного сенсорного потока и перестройки межанализаторного взаимодействия, а также изменения межполушарных взаимоотношений у больных ДЦП, что является одним из механизмов восстановления у них двигательных, сенсорных, когнитивных функций. Характерно, что после применения метода динамической проприоцептивной коррекции показатели когнитивного развития у больных ДЦП улучшаются, не достигая, однако, уровня здоровых обследованных.



Фото 11. Костюм «Адели»

По данным исследований, проведение занятий по АФК с использованием костюма «Адели» достоверно улучшает опороспособность, равновесие и ориентировку в пространстве, что дает ребенку больше активности и подвижности в повседневной жизнедеятельности. Использование костюма «Адели» на занятиях по АФК для детей младшего школьного возраста с церебральным

параличом приводит не только к достоверному улучшению показателей тестирования, но и к изменениям в факторной структуре функциональных и манипулятивных способностей детей.

Также сочетанное применение лечебного костюма «Адели» и лечебно-верховой езды в комплексной реабилитации инвалидов существенно повышает эффективность и качество восстановительного процесса. Происходит значительное улучшение моторной, психической, речевой функций, улучшается работа внутренних органов. Расширяется познавательная сфера ребенка в условиях природной среды, эмоциональный фон существенно сдвигается в положительную сторону. Занятия на «открытом воздухе» при различных природных условиях способствует закаливанию организма.

В основу медицинского технического средства реабилитационный пневмокостюм (РПК) «Атлант» взят высотный компенсирующий костюм, предназначенный для обеспечения жизнедеятельности условий летчику. РПК «Атлант» выполнен в виде комбинезона, из плотной специальной ткани, в котором встроены эластичные камеры, в которые нагнетается воздух. Под воздействием накаченного воздуха, натягивается ткань костюма, что обеспечивает своеобразное



Фото 12. Костюм «Адели»



Фото 13. Костюм «Атланта»

корсетирование туловища и конечностей. В результате происходит растяжение мышц, связочного и суставного аппарата, при этом усиливается проприоцептивное раздражение. Создаются нейрофизиологические предпосылки для восстановления, нарушенного позотонического контроля.

Применение нейро-ортопедического пневмокостюма «Атлант» является одним из перспективных и безопасных методов реабилитации детей с ДЦП. Он позволяет за короткий срок подавлять патологические двигательные стереотипы,



Фото 14. Костюм «Атланта»

гиперкинезы и способствует формированию новых двигательных навыков. Костюм является безопасным и удобным для применения в детской практике. Благодаря этому костюму ребенок с тяжелым недугом может ощутить уверенность в себе, своих возможностях, увидеть себя стоящим на собственных ногах и владеющим своим телом, что является значительной мотивацией к дальнейшему самосовершенствованию и дает надежду на будущее.

После курса динамической проприоцептивной коррекции у детей отмечалось, прежде всего, улучшение осанки, укрепление мышц спины, уменьшилась выраженность гиперкинезов, улучшилась координация



Фото 15. Занятие в костюме «Атланта»

движений и реакция равновесия. Анализ состояния и динамики биоэлектрической активности головного мозга больных с ДЦП,

прошедших курс реабилитации с включением метода ДПК, показывает его выраженное влияние на интегративную деятельность мозга, что выражается количественными и качественными изменениями спектров биоэлектрической активности. Характер этих изменений демонстрирует уменьшение влияния активности подкорково-стволовых структур на кору головного мозга и совершенствование механизмов коркового торможения. Также, включение метода ДПК в систему комплексной реабилитации больных ДЦП способствует более эффективной компенсации у них когнитивных расстройств и нарушений вертикальной устойчивости.

С 2014 года в России используют имитатор опорной нагрузки подошвенный (модель «Корвит»), работа которого основана на принципе динамической проприоцептивной коррекции. Принцип пневмомеханического давления на участвующие в ходьбе опорные зоны стоп: пяточные и плюсневые лежит в основе применения программно-аппаратного комплекса «Корвит». Частота циклов воздействия задаётся программой в режимах “медленная, средняя и быстрая ходьба” с соответствующим количеством циклов в минуту и длительностью шага.

Реабилитолог определяет время проведения процедуры и величину давления в пневмокамерах, которые могут варьировать. Таким образом, за счет механической стимуляции опорных зон стоп, формируется мощный афферентный поток импульсации, который оказывает регенерирующее действие на структуры ЦНС, моделируется сенсорный образ ходьбы в



Фото 16. Имитатор опорной нагрузки подошвенный (модель «Корвит»)

режиме физиологической закреплённой в эволюции циклограммы шага.

По конструкции «Корвит» представляет собой две пневмокамеры, выполненные в форме обуви, подключённые к блоку питания и генерации импульсных режимов. «Корвит» показан при различной патологии сопровождаемой параличами и парезами.

Нами представлены некоторые функциональные улучшения, которых удалось добиться при помощи прибора «Корвит» у лиц с ДЦП: улучшение координации и равновесия, уменьшение выраженности влияния тонических рефлексов и снижение мышечного тонуса, что проявлялось в положительной динамике тестов на спастичность в улучшение кинематического рисунка шага, улучшение чувства опоры поражённой конечностью, овладение новыми этапами в ходьбе – перешагивание через порог, ходьба по лестнице, переставляя поочередно ноги.

Таким образом, моделирование сенсорного образа ходьбы с формированием мощного потока проприоцептивной импульсации приводит к уменьшению степени выраженности дисбаланса рефлекторной сферы. Необходимость проведения опорной стимуляции при реабилитации детей с церебральным параличом, с использованием имитатора опорной нагрузки подошвенного «Корвит», является эффективным, доступным, патогенетически обоснованным и безопасным методом.

У некоторых детей с ДЦП в рамках динамическая проприоцептивная коррекция дополнительно применялось кинезиотейпирование мышц конечностей: послабляющая или стимулирующая коррекция.

Если основной целью медицинской реабилитации является коррекция функциональных нарушений, максимально возможное восстановление структуры функциональных систем, трофического

обеспечения функций, приспособление и поддержание сохранившейся функции или формирование компенсаторной, то цель медикосоциальной реабилитации и абилитации приобретение ребенком инвалидом социального статуса, его социальная адаптация.

Поэтому параллельно с медицинскими процедурами детям необходимо оказывать социально-педагогические услуги: коррекционно - развивающие занятия педагогами - дефектологами и педагогами – психологами, занятия с логопедом и логомассаж по показаниям.

Таким образом, применение методов в комплексной реабилитации детей с церебральным параличом динамической проприоцептивной коррекции (ДПК), позволяет существенно активизировать ЦНС, который обладает большими возможностями приспособления с учетом особенностей функциональных нарушений организма.

Комплексная реабилитация, включая методы кинезотерапии и ДПК позволяет достичь максимально высокого уровня восстановления функциональной независимости, снижению инвалидизации и повышению социальной адаптации детей с ДЦП.

3.8. Особенности логопедической работы с детьми дошкольного возраста при ДЦП (на примере центра «ДАР»)

При ДЦП, как правило, сочетаются двигательные расстройства, речевые нарушения и задержка формирования отдельных психических функций. Следует подчеркнуть, что не существует соответствия между выраженностью двигательных нарушений и степенью недостаточности других функций.

Речевые нарушения, чаще всего различные формы дизартрии, выявляются у большинства больных ДЦП. Выраженность дизартрических нарушений может быть разной — от легких (стертых)

форм до совершенно неразборчивой речи. В самых тяжелых случаях может наблюдаться анартрия (отсутствие речи вследствие тяжелого поражения артикуляционного аппарата). Нарушения звукопроизношения в большинстве случаев сочетаются с общим недоразвитием речи. Наличие речевых нарушений часто снижает мотивацию к речевому общению, ведет к трудностям речевого контакта.

Признаки детского церебрального паралича (ДЦП) у ребенка обнаруживаются с рождения, поэтому уже в первые недели жизни нарушается весь ход психического развития малыша, в частности, замедляется и искажается процесс формирования его речи. Как правило, в дальнейшем возникает тяжелое речевое расстройство – дизартрия.

Логопедическая работа с данной категорией детей строится с учетом возраста ребенка, тяжести поражения артикуляционного аппарата, степени задержки доречевого и речевого развития, возрастных и интеллектуальных особенностей ребенка, общего соматического и неврологического состояния.

Основная цель логопедической работы с детьми с ДЦП — развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания. Для реализации этой цели необходимо:

1. Уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата);
2. Развитие речевого дыхания и голоса; формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голоса в речевом потоке; выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;
3. Нормализация просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи);
4. Формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки,

автоматизации и дифференциации звуков речи;

5. Развитие фонематического восприятия и звукового анализа;

6. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук;

Установив речевое заключение на основании первичного логопедического обследования, мы разрабатываем тактику коррекционно-логопедической работы, тем самым, определяем основные направления и формы работы, прогнозируем конечный результат логопедического воздействия. Очень важно правильно определить противопоказания и дозировку занятий. Для каждого ребенка составляется индивидуальная личностно-ориентированная программа, включающая конкретные коррекционно-логопедические задачи на ближайшее время.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми, страдающими церебральным параличом, необходимо использовать следующие методы логопедического воздействия:

-дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий):

-пассивная и активная артикуляционная гимнастика;

-дыхательные и голосовые упражнения;

- жевательная гимнастика;

- гимнастика мягкого неба;

- голосовые упражнения;

- упражнения для развития мелкой моторики.

Массаж мышц артикуляционной мускулатуры, массаж языка показан лишь в тех случаях, если наблюдается спастичность.

Массаж по расслаблению мышц артикуляционного аппарата представляет из себя легкие, поглаживающие, равномерные движения кончиками пальцев в медленном темпе с середины лба по направлению к вискам; затем движения от бровей к волосистой части головы.

Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон. Такие же движения проводятся вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча.

Массаж по расслаблению мышц губ.

- Указательные пальцы помещаются на точку, находящуюся между серединой верхней губы и уголком рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии так, что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение продельвается с нижней губой, затем с обеими губами вместе.

- Указательные пальцы в том же положении, но движения идут по верхней губе, обнажая верхние десна, и вниз по нижней губе, обнажая нижние десна.

- Указательные пальца помещаются в углы рта и губы растягиваются (как при улыбке). Обратным движением с образованием морщинок губы возвращаются в исходное положение.

Эти движения проводятся при различных положениях рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широко открыт.

Укрепляющий массаж (когда снижен тонус артикуляционной мускулатуры, массаж делается так же порционно).

- Легкое похлопывание ладонью по щекам;
- Легкие пощипывающие движения пальцами по краю нижней челюсти, снаружи от подъязычной мышцы к глоточно-небной мышце;
- Поглаживающие (щекочущие) движения покрова лица (к ушам);
- Поглаживание губ;
- Пощипывание сомкнутых губ;
- Механическое сближение губ в горизонтальном и вертикальном положении;
- Точечный массаж в углах рта;

Массаж языка.

- Двумя пальцами под язык. Большим пальцем стягивать сверху мышцы. Это подтягивает мышцы – работают глоточные и корневые. Рука при этом должна быть в салфетке;

- Утапливающий массаж большим пальцем;

- Среднюю часть языка слегка сжать с двух сторон (с боков) указательным и большим пальцем и делать перетирающие движения;

- Сжав язык в средней части сверху и снизу, раскачивать, как лодку;

- Массаж кончика языка – по краю языка пощипывать, раскачивать, тянуть вверх-вниз, в стороны. Если есть девиация языка (отклонение) – язык оттягивать в другую сторону;

- Большой палец к кончику языка, выталкивать палец языком, и снизу раскачивать, как лодку;

- Массаж кончика языка – по краю языка пощипывать, раскачивать, тянуть вверх-вниз, в стороны. Если есть девиация языка (отклонение) – язык оттягивать в другую сторону;

- Большой палец к кончику языка, выталкивать палец языком.

Пассивная артикуляционная гимнастика

Пассивная артикуляционная гимнастика проводится после массажа. Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции. Их целью является включение новых групп мышц в процесс артикулирования, до этого бездействовавших, или увеличение интенсивности мышц, ранее включенных. Это создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры.

Пассивная гимнастика языка:

- выведение языка из ротовой полости вперед;

- втягивание языка назад;

- опускание языка вниз (к нижней губе);

- поднимание языка вверх (к верхней губе);

- боковые отведения языка (влево и вправо);
- придавливание кончика языка ко дну ротовой полости;
- приподнимание кончика языка к твердому нёбу;
- легкие плавные покачивающие движения языка в стороны.

Пассивная гимнастика губ:

- собирание верхней губы (поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, проводят движение к средней линии);
- собирание нижней губы (тем же приемом);
- собирание губ в трубочку — «хоботок» (движение производится к средней линии);
- растягивание губ в улыбку при фиксации пальцами углов рта;
- поднятие верхней губы;
- опускание нижней губы;
- смыкание губ для выработки кинестетического ощущения закрытого рта;
- создание различных укладов губ, необходимых для произнесения гласных звуков (а, о, у, и, ы, э).

Жевательная гимнастика.

Способствует уменьшению гиперсаливации и активизации жевательных мышц.

- Жевание резиновой груши (предварительно ее складывают);
- Воспроизведение жевательных движений;
- Ребенка просят жевать с сомкнутыми или слегка приоткрытыми губами, совершая энергичные движения языком и губами;
- Жевать «как дикарь» (открыв рот, энергично двигая языком и губами);
- Вокализовать во время жевания (ау, и).

Дыхательная гимнастика (выработка воздушной струи).

Гимнастика начинается с легких, доступных упражнений:

- Сдуть бабочку с цветка;
- Сдувать ватку, перышко с ладони (*если сразу не удастся, можно попробовать закрыть ребенку ноздри и контролировать утечку воздуха маленькими кусочками ваты, которыми закрывают ноздри*);

- Дуть на легкие пластмассовые игрушки, плавающие в воде;
- Дуть через соломинку, трубочку в воду;
- Выдувать мыльные пузыри;
- Надуть воздушный шар.

Гимнастика мягкого нёба:

- Глотание воды или имитация глотательных движений. Можно капать воду из пипетки. Глотание воды маленькими порциями вызывает наиболее высокий подъем мягкого неба. Большое количество следующих друг за другом глотательных движений удлиняет время, в течение которого мягкое небо находится в положении подъема;

- Позевывание при открытом рте;
- Полоскание горла теплой водой маленькими порциями;
- Покашливание. При этом происходит полный затвор между носовой и ротовой полостями;

- Четкое, энергичное, утрированное произношение гласных звуков высоким тоном голоса.

Активная гимнастика артикуляционного аппарата:

1. Для нижней челюсти:

- открывание и закрывание рта (с прищелкиванием зубами);
- удержание рта закрытым (под счет).

Можно применять механическую помощь – легкое надавливание на темя и под челюсть.

2. Для губ:

- поочередно менять следующие положения: оскал зубов – вытягивание губ хоботком;

- удерживание губами трубочек разного диаметра;
- вытягивание сомкнутых губ – возвращение в нормальное положение;

- втягивание губ внутрь рта;
- вращательное движение губ, вытянутых в трубочку.

3. Упражнения для языка:

В сложных случаях начинают с произвольного рефлекторного уровня (с помощью конфет, шпателя и др.)

- движения вперед-назад. Если язык напряжен, выдвигается колом, рекомендуется слегка похлопать его шпателем;

- легкое покусывание высунутого языка. При этом нужно следить за тем, чтобы язык выдвигался по средней линии;

- движение вправо-влево, кончик языка должен дотянуться до уголков рта («часики»). При одностороннем парезе больше упражняют паретичную часть языка;

- поднимание языка за верхние зубы – опускание вниз (за нижние зубы) – поочередно («качели»);

- «киска пьет молоко» облизывание широким языком верхней губы;

Голосовые упражнения проводят на гласных звуках, затем по мере появления в речи согласных звуков вводят и слоговые упражнения:

1. Длительное и короткое звучание гласных звуков (слов).
2. Высокое и низкое произнесение гласных звуков (слов и др.)

Упражнения для развития мелкой моторики.

Упражнения должны быть связаны и с повседневной жизнью, и с игровой деятельностью ребенка:

1. Научить ребенка захватывать предметы, удерживать, отпускать их (*для этих упражнений подбирают игрушки, предметы обихода различные по весу, форме, весу*).

2. Перекладывать предметы с одного определенного места на другое.

Часто используем упражнение – ребенок по заданию взрослого раскладывает предметы на плотном листе бумаги, ориентируясь на их контуры, которые логопед заранее наносит на бумагу.

3. Раскладывание мелких предметов: пуговиц, палочек, зерен крупы и др. по небольшим коробочкам или мешочкам.

4. Нанизывание бус, колечек, пуговиц на шнурок.

5. Вырезывание из бумаги картинок по контуру и раскрашивание их.

6. Сжимание в руке теннисного мячика (*хорошо укрепляет мышцы руки*).

К сожалению, практически не бывает такого, чтобы ребенок с ДЦП совершенно не нуждался в помощи логопеда. Поэтому, чем раньше начинается работа, тем больше шансов избежать вторичных интеллектуальных, эмоциональных и речевых проблем. Формировать речь у детей с детским церебральным параличом - трудный процесс. Необходимо создать такие условия для ребенка с ДЦП, чтобы логопедическая работа была в тесной связи с медикаментозным лечением и специальной коррекционно-логопедической работой. Очень важно для специалиста наладить контакт с ребенком. Без доверия практически невозможно заставить малыша выполнять логопедические упражнения, мотивировать его на новые успехи. Большое значение имеет взаимодействие и помощь родителей.

3.9. Психолого-педагогическая характеристика и сопровождение детей с ЦП

У большинства детей наблюдаются следующие характеристики: реактивный и/или агрессивный характер; низкий порог раздражительности; частые проявления негативизма (негативное отношение к детям и взрослым); сильно выраженные неустойчивые эмоции (резкая смена плача, истерии и смеха). Все это отрицательно сказывается на общем формировании личности ребенка, на обучении и воспитании.

Психическое состояние детей и подростков с ДЦП определенно влияет на их общее развитие. Воздействие, в основном, оказывается на формирование и функционирование детского «Я». В первые год-два жизни болезнь серьезно расстраивает детский мир, в основном из-за отсутствия определенной дифференциации «я/другие». В раннем школьном возрасте она развенчивает идею всемогущества взрослых, и больные дети переживают, что их бросают, отвергают и лишают любви. Они меняют свои представления о собственном теле, в основном за счет расхождения идеального и реального образа на фоне заниженной самооценки. Это, в свою очередь, приводит к эмоциональным расстройствам. Чаще всего они чувствуют себя незначительными, беспомощными и лишними.

Все авторы, изучающие отклонения в поведении больных детей, указывают на то, что специфическими благоприятными условиями для активного проявления девиантного (агрессивного и др.) поведения являются определенные болезненные состояния: нервные расстройства, психические расстройства, олигофрения, эпилепсия, черепно-мозговые травмы, ДЦП и др.. В качестве определяющего фактора поведения детей с ДЦП, с одной стороны, является объективное влияние болезни, а с

другой - последствия неправильного воспитания в семье. Материальная чрезмерная удовлетворенность, отсутствие занятий с соответствующими видами деятельности, чрезмерная забота родителей из-за болезни, формируют трудных для воспитания и обучения учащихся с повышенным риском поведенческих расстройств.

Ранняя психолого-педагогическая помощь детям с ДЦП

Это современный подход в обучении детей с ДЦП, включающий помощь и поддержку родителей в процессе воспитания детей.

- Индивидуальная логопедия. Под руководством логопеда. В ходе индивидуальных занятий формируются и развиваются коммуникативные навыки, стимулируется языковое и речевое развитие, обогащается выразительность речи, отрабатывается связность и грамматическая правильность речи. Используются упражнения и занятия, развивающие подражательные способности, различные дидактические материалы и игры, логопедические карточки и компьютерные обучающие программы. При обучении детей применяются дополнительные и альтернативные способы общения - жесты, символы, коммуникативные словари, коммуникаторы.

- Индивидуальная психологическая терапия. Проводит психолог. Включает психодиагностику и терапию. Психодиагностика направлена на определение дефицитных областей, уровня умственного функционирования, приобретенных навыков для соответствующего возраста, ресурсов и потенциала в отдельных областях развития. Используются различные методологии и оценки, позволяющие проводить входящую диагностику, определять терапевтические цели и задачи и отслеживать динамику развития. Терапевтическая работа психолога направлена на улучшение качества и функционирования психических процессов - восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы и поведения, формирование

социальных навыков и взаимодействия. Определяются соответствующие методы и подходы к работе и мотивации ребенка к достижению поставленных целей.

Инновационные практики ранней психолого-педагогической поддержки и реабилитации детей с ЦП

Коммуникационные группы

Ими руководит логопед. Основная цель групп - облегчить общение ребенок-ребенок и ребенок-взрослый. Все происходит в подготовленной среде с использованием различных коммуникаторов, символических изображений и жестов, поддерживающих словесные выражения. Группы работают над развитием коммуникативных и социальных навыков: самосознания, зрительного контакта, использования улыбок, мимики, жестов, ожидания очереди и следования групповым правилам, обмена интересами и чувствами, развитием воображения и имитационными навыками. Осваиваются понятия, обогащается пассивный и активный словарный запас ребенка.

Художественная деятельность

С помощью художественной деятельности дети осваивают художественные навыки и выражают себя через них. В соответствии со способностями ребенка особое внимание уделяется развитию общей моторики, сенсорного восприятия, ориентации в пространстве, развитию зрительной памяти, поощрению воли и независимости при выполнении творческих задач. В целях поддержания возможностей детей для более полного самовыражения - «делиться творчеством», путем предоставления новых средств выражения, оказывается помощь когнитивному развитию ребенка.

Виды искусств, используемые в арт-терапевтической работе с детьми:

Рисование. Изобразительное искусство десятилетиями

использовалось в образовательной и терапевтической деятельности. Основная причина кроется в желании детей заниматься рисованием. Это приятное занятие для старших детей, студентов и взрослых, которое оказывает образовательное воздействие на социализацию, ресоциализацию и реабилитацию.

Сказочная терапия. Этот вид терапии очень хорошо применяется к детям и подросткам. Применяется в детских садах и школах, в реабилитационных центрах и специализированных центрах для детей с особыми образовательными потребностями.

Терапия песочными фигурами. Этот вид арт-терапии использовался людьми с древних времен и встречается как терапия игры с песком. Она успешно применяется при работе с детьми в целях психотерапии, психостимуляции и коррекции в игровой форме при различных климатических условиях, на море и в специальных центрах по работе с детьми.

Имидж-терапия. Относительно новый, но очень многообещающий лечебный метод, автором которого является известный российский арт-терапевт Андрей Гнездилов. Он определяет имидж-терапию как поиск и воплощение новых образов. Он основан на ролевой игре и смене образов в ролевой игре. Для этого используются различные костюмы, аксессуары и грим, участники наряжаются и разыгрывают различные этюды, инсценировки и представления. Они полностью свободны импровизировать и фантазировать.

Музыкальная терапия. Музыка как средство имеет множество преимуществ, поскольку она обеспечивает легкое распознавание. Ее повторение не раздражает детей и дает возможность создания множества вариаций одной и той же песни/упражнения. Можно использовать все типы музыкальных инструментов, например: гитару, фортепиано, барабан. При музыкальной терапии можно по-разному

работать с музыкой, с разными индивидуальными целями, в зависимости от развития, возможностей, предпочтений, настроения и потребностей в помощи. В одних случаях главная цель – это взаимодействие, в других - установление контакта. Иногда действия используются для расслабления, а иногда - для активации внимания.

Контролируемая мультисенсорная среда. Этот метод включает в себя активирующий компонент, а также компонент релаксации. Действия этого метода выражаются в предоставлении зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых и обонятельных раздражителей в приятной среде (обстановке). Сенсорная игра - это деятельность, направленная в основном на получение опыта и впечатлений с помощью различных органов чувств. Главное при этом – ознакомление и экспериментирование с разными материалами (всевозможными предметами и материалами из окружающей среды).

Расслабление. Психотерапевтический метод, который использует сознательное расслабление и контроль мышечного тонуса. Смысл состоит в том, чтобы с помощью серии упражнений повысить степень понимания своего тела и ощущений. При включении этого метода в ежедневную терапию детей релаксация дает положительный эффект. Создаются узы доверия между детьми, и укрепляет связь между детьми и их терапевтами. Снижается стресс, контролируется дыхание, улучшается качество сна и самооценка.

Метод Шерборна. Метод, с помощью которого, посредством игр с телесным контактом, дети учатся быть в гармонии со своим телом и телом другого человека. Дети начинают больше понимать свое тело как шаг к развитию самопознания. Применяемые двигательные упражнения призваны помочь ребенку научиться концентрироваться на своем теле и, таким образом, научиться лучше понимать свое тело и управлять им. Этот метод уникален, потому что в качестве отправной точки он

использует игру, прикосновение и движение. Обучение происходит через чувства, приобретение опыта и изучение возможностей. Метод «Шерборн» был создан как «Педагогика движения» Вероникой Шерборн (1922–1990) - английским физиотерапевтом с большим опытом работы с детьми с многочисленными нарушениями.

Монтессори терапия. Подход к пониманию воспитания и обучения ребенка. С большим успехом применяется к детям с ЦП. Цель - помочь ребенку раскрыть свой потенциал, научиться самостоятельно исследовать мир. Благодаря понятному и доступному способу изложения, Монтессори-терапия очень подходит для лечения детей с проблемами развития.

Основные цели работы, заложенные в системе Монтессори терапии:

- Развитие грубой и мелкой моторики;
- Повышение концентрации и устойчивости внимания;
- Развитие самостоятельности, чувства ответственности, повышение самооценки ребенка.

- Повседневная деятельность - раздевание, одевание, расстановка, как обращаться с ложкой, убирать стол, комнату; инвалидная коляска, перемещение от кровати к инвалидной коляске и обратно; подвижная деятельность; открывать, закрывать двери, проходить через них; самообслуживание - туалет (мытьё, расчесывание и т. д.), одевание, прием пищи; деятельность рук - письмо и др. виды деятельности.

Игровой метод в деятельности детей с ЦП. Он ведется по двум направлениям:

- Специалист - ребенок. Применение к этим детям трудотерапии и игровой терапии стимулирует двигательное развитие, улучшает локомоцию и психоэмоциональный тонус. Благодаря игре, дети познают окружающий мир, получают новый опыт, экспериментируют и творят. В

группе дети развивают моторику, учатся обращаться с предметами, начинают лучше понимать и использовать речь, а также учатся взаимодействовать с другими детьми и взрослыми. Приобретенные привычки дети переносят на другие жизненные ситуации.

- Специалист - ребенок - родитель. В игровых группах родители знакомятся со своими детьми в новой, иной среде и строят с ними более глубокую эмоциональную связь. Они учатся общаться и играть с ними. Они сравнивают, как развиваются другие дети того же возраста и видят модели взаимодействия детей и родителей. Это особенно полезно, так как родители могут принять состояние ребенка и поделиться опытом и идеями с другими родителями о том, как справляться с этим.

Психологическое семейное консультирование

- Индивидуальные психологические консультации проводятся с родителями по их инициативе или по запросу других специалистов, работающих с ребенком по конкретным вопросам. Целью консультации является:

- улучшение понимания специфического поведения ребенка, поиск причин и вариантов преодоления;

- улучшение понимания возрастных особенностей или проявлений, связанных со здоровьем и психическим состоянием ребенка, и способов реагирования на потребности;

- мотивация родителей к лучшему сотрудничеству в терапевтическом процессе;

- поддержка семьи в жизненных кризисах - оценка потенциала, активация ресурсов для преодоления.

Обучение родителей

Обучение родителей может проводиться в форме тематических информационных встреч. Программа обучения основывается на темах, которые волнуют родителей. На этих встречах они получают

информацию об особых условиях жизни своих детей, приобретают знания и навыки, необходимые для удовлетворения их особых потребностей, выполнения повседневных дел и родительских обязанностей.

Основные принципы работы с детьми с ограниченными возможностями

- Поддержка общего развития и раскрытия потенциала каждого ребенка;
- Социальная адаптация, коррекционно-компенсаторная, педагогическая, психологическая и логопедическая поддержка;
- Обучающие и реабилитационные мероприятия;
- Обеспечение постоянного и качественного ухода;
- Обеспечение возможностей для полноценного участия в общественной жизни;
- Интеграция детей с особыми образовательными потребностями в систему образования;
- Принятие мер по ликвидации дискриминации в отношении детей и молодежи с физическими и умственными недостатками;
- Поддержка и помощь детям и их семьям.

3.10. Социальные аспекты ДЦП

Из-за того, что такая патология встречается довольно часто, социальная значимость проблемы чрезвычайно высока и крайне серьезна. Многие дети страдают ДЦП. Средняя частота составляет 2,5 ребенка на 1000. Есть даже тенденция к увеличению частоты. Причина этого, по мнению некоторых авторов, кроется в том, что неонатальная медицина развивается и все чаще спасает новорожденных с тяжелыми формами инвалидности. В последнее время, из-за частых случаев

экстракорпорального оплодотворения и вспомогательной репродукции, все больше и больше рождается двойняшек и тройняшек.

В мировом масштабе, эксперты сообщают о постепенном увеличении числа детей, страдающих этим заболеванием.

Как тяжелое, социально значимое заболевание, ДЦП находится на границе трех основных медицинских специальностей - ФРМ, нервных болезней и детских болезней, а из-за широкого спектра дисфункций мозга - ряда немедицинских специалистов, таких как психологи, логопеды, специальные педагоги и др.

Роль семьи

Детей с ДЦП нельзя рассматривать вне контекста их семей и их отношений с окружающими их людьми. Семья - это первая и основная среда, в которой развивается ребенок. Влияние семьи реализуется двумя тесно связанными способами: путем взаимного общения между членами семьи, а также путем сознательно предпринимаемых воспитательных мероприятий.

Роль и значение семьи, несомненно, возрастает еще больше, если рассматривать развитие ребенка-инвалида. Это отмечают современные концепции реабилитации, подчеркивая необходимость воспитания ребенка-инвалида в его естественной семейной среде. Они указывают на необходимость отхода от концепции институциональной реабилитации за счет комплексной поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Реализация такой «неинституциональной» модели реабилитации - очень сложная задача. Наряду с возрастанием роли семьи в воспитании ребенка с постоянной инвалидностью возрастают и трудности ее полной реализации.

Узнав, что их ребенок инвалид, родители испытывают очень сильные отрицательные эмоции. В результате, отношения между родителями, а также между ними и травмированным ребенком иногда

сильно ухудшаются.

Чтобы работать эффективно, терапевты должны знать, понимать и уважать семейные ценности и образ жизни. Вот почему, для родителей и родственников чрезвычайно важно открыто делиться информацией о повседневных привычках ребенка и семьи, а также о важных для них занятиях в сообществах. Любая информация, которой семья делится с терапевтами, используется ими строго конфиденциально, исключительно для целей терапевтического процесса.

Семейные практики

Родительские группы взаимопомощи и поддержки

Встречи групп проводятся квалифицированным психологом в безопасной и спокойной обстановке, обеспечивающей конфиденциальность сообщаемой информации. Предлагаемая помощь предоставляется деликатно. Гибкость может выражаться в сроках посещений, частоте или смене задействованных специалистов. Оптимальная периодичность проведения собраний родительских групп - 2 раза в месяц. Там родители могут поделиться информацией, чувствами, идеями и опытом, найти эмоциональную поддержку и получить советы по решению различных вопросов, касающихся семьи, роли родителей и поведения детей. Основная цель группового опыта - добиться психологического или поведенческого прогресса участников. В группах родители учатся новому поведению, наблюдая за тем, как другие эффективно справляются с ситуацией и используя модели поведения.

Неформальная сеть поддержки родителей

Сеть поддержки родителей позволяет родителям встречаться и обмениваться информацией с другими родителями, которые прошли определенный путь в воспитании ребенка с особыми потребностями и от которых они могут получить поддержку, совет и сочувствие. Родители

делятся своим опытом и знаниями о воспитании и обучении детей, взаимодействии с различными учреждениями, использовании общественных услуг и о лоббировании прав своих детей. Часть этой сети может быть т.н. «контакт с родителем». Это группа родителей, прошедших специальное обучение, которые поддерживают и дают советы другим родителям посредством телефонного контакта или личных встреч. Они поддерживают регулярное общение и получают помощь в своей работе от специалистов раннего вмешательства.

Консультации с социальным работником

Они предоставляют родителям индивидуальные и социально-правовые консультации для того, чтобы они могли развить свои родительские права - получить доступ к ресурсам, быть защитником себя и своего ребенка. Социальные работники также помогают в процессе интеграции детей в образовательную среду, поддерживают связь и взаимодействуют с государственными, муниципальными, региональными, образовательными, медицинскими, социальными структурами и другими неправительственными организациями.

3.11. Этические аспекты оказания помощи и коммуникационные особенности у детей с ЦП

Одной из особенностей медицинских услуг является этическая основа, которая неизбежно сопровождает их предоставление. Системы здравоохранения в разных странах различаются с точки зрения организации финансирования, но основаны на общих этических ценностях, таких как справедливость, доступ к качественным медицинским услугам, равенство, солидарность и др.. В дополнение к этим ценностям в области медицины существуют также ценности с индивидуальной ориентацией, такие как автономия, свободный выбор,

конфиденциальность, права пациента.

Этика здравоохранения касается заботы, которая также является эмоциональным ангажементом, желанием сделать что-то хорошее для другого человека, ответственностью, доверием, преданностью и чуткостью.

Человеческое достоинство присуще каждому. Это значит, что его никто не может отнять. Современная медицина и здравоохранение каждой страны требуют нового морального видения. Не следует полагаться на неограниченные ресурсы для медицинской помощи и здравоохранения и на постоянное стремление к повышению уровня жизни. Коллективные интересы общества требуют учета индивидуальных потребностей, взгляда с новой точки зрения.

Речь как основное средство общения развивается через движение и в социальном контакте, и ее основа закладывается еще на первом году жизни ребенка. Когда у ребенка при ДЦП имеются отклонения сенсомоторной сферы, управления мимикой лица и жестами, кинестетического восприятия, контроля за дыханием и передвижением, артикуляции, звукопроизношения, исчезает возможность самостоятельно реализовывать себя в окружающем мире. Все это оказывает непосредственное влияние на развитие коммуникативной деятельности и психическое развитие в целом.

У детей с ДЦП функция общения развивается неравномерно, в отличие от здоровых детей. Наиболее развитыми при ДЦП в 2-3 года оказываются мотивы, формы и потребности общения. Последнее место занимают средства общения. Нарушение артикуляции и координации движений неблагоприятно отражается на процессе общения со взрослым. Также отрицательно сказывается на общении неспособность выразить собственное эмоциональное состояние.

В отличие от здоровых детей первых трех лет жизни дети с ДЦП

ведут себя пассивно и не проявляют особого желания к сотрудничеству со взрослым. Они не стремятся по собственной инициативе к общению, но при настойчивом побуждении и поддержке устанавливают контакты. При обращении к ним взрослого дети обмениваются впечатлениями и периодически ищут поддержки и внимания взрослого. Экспрессивно-мимической речью, в отличие от здоровых детей пользуются крайне редко, чаще употребляют жесты.

Детям, страдающим ДЦП, требуются побуждения взрослого, для того, чтобы принять участие в процессе общения. Их действия с игрушками и предметами носят одиноличный характер, редко появляется желание действовать совместно со взрослым или подражать его действиям. Дети не обращают внимание на взрослого, игрушка или какое-нибудь новое занятие интересуют их больше, чем вступление в контакт со взрослым. Не наблюдается активного стремления разделить игру с партнером или обратиться к нему.

В процессе общения дети 2-3 лет с ДЦП крайне редко пользуются речью. Экспрессивно-мимические средства общения, оживленный взгляд, двигательные спонтанные реакции появляются не сразу и являются кратковременными, монотонными и маловыразительными. В процессе общения дети с ДЦП предпочитают использовать жесты, сопровождают их резкой мимикой и гримасами подчеркнуто восклицательного характера, выражая таким образом свои эмоции (например, вместо слова «дай» дети используют гримасы, как бы разговаривая сами с собой). Установление контакта со взрослым происходит только при его инициативе и поддержке. Слабо проявляется эмоциональное состояние или желание поделиться впечатлениями.

Таким образом, у детей с ДЦП в возрасте первых трех лет формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако потребность в общении выражена менее интенсивно. Это можно

объяснить как естественной гиперопекой взрослых по отношению к больному ребенку, так и слабой познавательной активностью детей, обусловленной сенсомоторной недостаточностью и социальной изоляцией в домашних условиях. Отставание в развитии средств общения связано также с малой коммуникативной активностью ребенка с ДЦП и с недостаточным развитием функций, включающих моторные компоненты.

3.12. Современные представления о проблемах, адаптации и качестве жизни детей с ЦП

Проблемы людей с ДЦП

Одной из основных проблем детей с ДЦП, наряду с проблемами их здоровья и социального обеспечения, является ресоциализация и принятие их в обществе как равноправных его членов. Проблема, в первую очередь, психологическая, но внимание сосредоточено не столько на этом аспекте, сколько на процессе инклюзии, т.е. на доступности и самостоятельной жизни. Самостоятельная жизнь предполагает создание условий, которые позволяют ребенку (человеку) с ДЦП работать так, как он/она может, и, прежде всего, иметь возможность самому справляться с повседневными потребностями дома и в общественных местах.

Разработка и интеграция

Последние годы были временем активного продвижения идей интеграции людей с ограниченными возможностями в обществе. Интеграционная установка выражается в стремлении организовать реабилитацию детей с ограниченными возможностями в естественной социальной среде и в массовых, а не в специальных учреждениях. Специальные школы и реабилитационные средства предназначены для

детей с тяжелыми формами инвалидности, но цель состоит в том, чтобы максимально связать их с открытой социальной средой. В основе интеграции лежит представление о том, что у людей с ограниченными возможностями и у их здоровых сверстников больше общего, чем различий, и что невозможно подготовить ребенка-инвалида к жизни в открытом обществе, изолировав его.

В семье, воспитывающей ребенка-инвалида, забота становится особенно важной, тогда как социализирующая и психологическая функции претерпевают значительные изменения. Чтобы правильно реализовать свои приоритеты, а также сохранить баланс и существование, семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями, должна внести существенные изменения в свой нынешний образ жизни, что невозможно без посторонней помощи.

Место в обществе детей с ДЦП

Дети с ДЦП будут развиваться намного лучше, если они будут окружены людьми в предрасполагающей их среде, адаптированной к их предпочтениям и способностям. Работа детей с ДЦП - это средство для их творческого самовыражения и личностного роста. Их рабочие достижения являются ключевыми элементами, которые отличают их личность и идентичность.

В процессе работы дети с ДЦП раскрывают свои способности, что, в свою очередь, помогает им выполнять поставленные в жизни цели, реализовывать свой главный импульс - стремление к совершенству. Это чувство совершенства пробуждает в них здоровую самооценку, стремление к двигательной реабилитации и помогает принятию и утверждению истинного «Я» личности – с ее сильными и слабыми сторонами.

Предпосылки адаптации детей с ДЦП к современным условиям жизни.

Проблема ДЦП имеет большое значение. Эта проблема, помимо медицинской и социальной, касается судьбы ребенка с ДЦП и его семьи. Ранняя реабилитация обеспечивает своевременную помощь в адаптации страдающих детей. При правильном подходе необходимо учитывать болезнь, как потенциальное состояние, позволяющее проводить различные терапевтические и социальные мероприятия. И чем раньше будет проведено подобное мероприятие, чем раньше будет выявлено заболевание, тем успешнее будет реабилитация. Это, в свою очередь, непростой процесс, требующий: времени, знаний, хорошего контакта с детьми, знакомства с их психическими особенностями и проблемами со здоровьем. В основе ранней реабилитации лежат отношения между матерью и ребенком, которые реализуются на основе вербальных и невербальных сообщений, протекающих в форме диалога. Затем, наибольшей ценностью являются: зрительный и телесный контакт, мимика и жесты, а также вербальные послания. В рамках структуры этого взаимодействия осуществляются самые ранние процессы обучения, адаптации и социализации ребенка.

Социализация начинается в семье, где ребенок впервые устанавливает разные отношения. Эти попытки позже отражаются на его последующей социальной интеграции. Ребенок находится в благоприятном положении, если ранние социальные переживания были удовлетворительными, и он получил необходимое понимание и поддержку со стороны семьи и вне ее, научился общаться.

Качество жизни детей с ЦП

Качество жизни - это общая субъективная оценка жизни, определяемая физическим, психологическим и социальным здоровьем. Оно включает три иерархических уровня - внутриличностный, межличностный и внеличностный. Возраст и пол, как демографические факторы, также меняют качество жизни. Оценка качества жизни

является неотъемлемой частью клинического процесса, в котором требуется биопсихосоциальный подход к пациенту. Он включает в себя преодоление стигмы, раннее выявление и положительное влияние на психологические проблемы и социальные ограничения.

Health-related quality of life - (HRQOL) или «качество жизни, связанное со здоровьем». Это субъективно полученная характеристика благополучия, результат общей оценки личности или клинически значимых качеств. Качество жизни воспринимается как оценка человека по отношению к его личным жизненным ожиданиям. HRQOL отражает общую оценку пациентом своей жизни и в основном зависит от психологических расстройств, одиночества, способности адаптироваться и справляться с различными ситуациями и концепцией стигмы. Она воспринимается как крайне дискриминационный знак. Индивидуальные характеристики пациента играют ключевую роль в возникновении и сохранении стигмы, которая может привести к психологическим страданиям и снижению качества жизни человека.

Формирование навыков достижения самостоятельной жизни

Основное направление деятельности сосредоточено в направлении обучения правильным схемам движений, принятию различных позиций и положений, а также использованию вспомогательных средств (специализированных стульев, вертикализатора, ходунков и т.д.). Развитие навыков самообслуживания - важная часть индивидуальной программы терапии каждого ребенка. Она связана с овладением и совладанием с повседневными занятиями ребенка - игрой, едой, туалетными навыками, личной гигиеной, раздеванием и одеванием, ношением, расположением, личным уходом за здоровьем и другими действиями дома. Сначала необходимо оценить, что ребенок может делать, с какой степенью самостоятельности и в каких условиях это происходит? Существуют различные инструменты оценки, контрольные

списки и формы. Наблюдение за поведением ребенка в течение дня и заметки помогут составить список навыков, которыми ребенок должен овладеть. Важно, чтобы родители и другие члены семьи активно участвовали в этом процессе.

Основным моментом для самостоятельного функционирования является обучение навыкам, когда, почему и где их применять. Рекомендуется составлять индивидуальные программы для работы на дому с учетом текущих потребностей и возможностей ребенка. Они предназначены для вовлечения родителей в процесс обучения, а также для автоматизации приобретенных навыков.

Визуальные подсказки помогают всем, даже тем, кто умеет читать слова. Окружающая среда насыщена визуальными подсказками. Использование визуальной временной шкалы последовательности шагов в качестве руководства вселяет в каждого ребенка уверенность в том, что он добьется успеха. Необходимо учитывать физические, сенсорные, лингвистические, когнитивные и психологические элементы каждого задания, а также состояние и особенности - физические, сенсорные, лингвистические и психологические каждого ребенка.

Детям с ДЦП и множественной инвалидностью требуется помощь взрослых практически в любой повседневной деятельности. Чтобы научиться замечать, есть ли проблема, и как с ней справляться, и, что не менее важно, получать удовольствие, им приходится много раз упражняться в разных ситуациях. Средствами обучения могут быть: социальные истории, сенсорные истории, предметные или сюжетные картинки, связывающие предметы, тематические рамки. На первый взгляд, наличие всех этих предпосылок – трудновыполнимо, но не невозможно. Ранняя реабилитация каждого ребенка с ДЦП способствует изменению отношения общества к этой социальной группе, что, в свою очередь, способствует построению доступной среды, равной для всех, а

это важнейшее условие самостоятельной жизни.

Раннее выявление, правильная диагностика, ранняя реабилитация, хорошо организованные психолого-педагогические вмешательства - гарантия минимизации последствий инвалидности. Все это своевременно способствует интеграции ребенка в более широкое социальное образование, оказывает психологическую поддержку семье. Дети с ограниченными возможностями - это такие же дети, как и все, с теми же социальными потребностями, что и их сверстники.

Детский церебральный паралич - это не просто заболевание, а состояние, которое сопровождает тех, кто страдает им на протяжении всей жизни. Соответственно, регулируемые и предоставляемые услуги и меры должны соответствовать этой специфике. Многие дети с ДЦП обладают необходимыми ресурсами для адекватного интеллектуального и эмоционального развития при предоставлении соответствующих и своевременных услуг для поддержки детей и их семей. Для того, чтобы полностью раскрыть свой потенциал и стать полноценными взрослыми, вовлеченными в жизнь общества, им необходимо хорошо структурированное и целенаправленное долгосрочное лечение и уход.

Тест контроля знаний

1. Что такое детский церебральный паралич и каковы причины его возникновения?
2. Когда диагностируется ДЦП и есть ли лекарство от него?
3. Перечислите клинические формы и укажите сопутствующие симптомы ДЦП.
4. Какова цель раннего вмешательства у детей с ЦП?
5. Какие специалисты входят в междисциплинарную команду по уходу за этими детьми?
6. Укажите, какие физиотерапевтические методы используются

при ДЦП.

7. Укажите инновационные практики ранней психолого-педагогической поддержки и реабилитации детей с ДЦП.

8. Укажите роль семьи и что такое семейно-ориентированные практики.

9. Каковы современные представления о проблемах, адаптации и качестве жизни детей с ДЦП?

10. Какие навыки необходимы для самостоятельной жизни?

Литература:

1. Архипова, Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период / Е.Ф. Архипова. - М., 2002. - С. 132-135.

2. Бекиров, Е., Работа с детето, семейството и общността, наръчник за здравни специалисти, рехабилитатори и родители. Проект № BG 2005/017-353.01.02-1.10 / Е. Бекиров. – „Създаване на седмичен семеен консултативен център за деца с увреждания и техните семейства“, 2008-2009.

3. Блыскина, И.В. Ковшиков, В.А. Массаж в коррекции артикуляционных расстройств / И.В. Блыскина, В.А. Ковшиков. - Спб., 2015. - С. 29-38

4. Божинова, В., Чавдаров, Ив., Миланов, Ив. Диагностика, рехабилитация, лечение и администриране на деца с церебрална парализа консенсус / В. Божинова, Ив. Чавдаров, Ив. Миланов. - преработен и допълнен. // Българска Неврология. - 2014. - 2, 3, доп. 1. - С. 261-264.

5. Димитров, Т., Трайковска, А., Психопедагогически подходи в лечението на пациенти с неврологични заболявания / Т. Димитров, А. Трайковска // 33- та научно-технологична сесия на ИНГА. - София,

2014. - С. 116-120.

6. Инструкция по применению имитатора опорной нагрузки подошвенного (модель «Корвит»). - 2014.

7. Кожевникова, В.Т. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом / В.Т. Кожевникова. - М., 2013. - 567 с.

8. Кохан, С.Т., Мингалова, Р.С., Молчанова, Т.В. Некоторые показатели комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом / С.Т. Кохан, Р.С. Минргалова // Социальная работа. Социология: VIII Международная научно-практическая конференция «Универсальная наука - 2012». - 2012. – С. 144-147.

9. Кохан, С.Т. Современные тенденции развития рекреации и реабилитации в XXI веке: монография / С.Т. Кохан, Л.А. Осьмук, В.В. Хитрюк и др. - Чита: ЗабГУ, 2019. – Ч.1. - 324 с.

10. Кохан, С.Т. Комплексная реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья: учеб.-метод. пособие / С.Т. Кохан, А.В. Патеюк, Ц. Тувшинжаргал, Б. Ариунсанаа, Ж. Сарантуяа. – Чита: ЗабГУ, 2017. - 173 с.

11. Кохан, С.Т. Психотерапия детей с детским церебральным параличом в Забайкальском крае / С.Т. Кохан // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: сборник научных статей VII МНПК / Забайкал. гос. ун-т – Чита, 2016. – С. 880-887.

12. Кохан, С.Т. Современные подходы социальной реабилитации инвалидов в Монголии и России: учеб.-метод. пособие / С.Т. Кохан, А. Скалий, Б. Ариунсанаа, Б. Баясгалан, Ч. Отгон. – Монголия: Улан-Батор: МНУМН, 2020. – 170 с.

13. Курманбекова, З.М., Мусаева, К.К., Варзина, Т.В.

Применение пневмокостюма Атлант в реабилитации детей с ДЦП / З.М. Курманбекова, К.К. Мусаева, Т.В. Варзина // Вестник АГИУВ. Спец. вып. - 2011. - С. 49-50.

14. Лисовский, Е.В, Кусаинова, К.К. Метод динамической проприоцептивной коррекции в реабилитации пациентов с детским церебральным параличом / Е.В. Лисовский, К.К. Кусаинова ;АО «Республиканский детский реабилитационный центр», Отдел науки и образования. - Астана, Казахстан/Clinical Medicine of Kazakhstan, 2016. - № 2 (40). - С. 32-35.

15. Миланова, Д. Съвременни технологии в екипната практика при терапия на деца с проблеми в развитието / Д. Миланова // Конференция по детска неврология, психиатрия и психология на развитието. - 2012.

16. Миланова, Д., Медико–социален модел на ранна интервенция: програма Научено и споделено на Фондация Лале: Работна среща “Ранна интервенция при деца с увреждания и семействата им – по-добра грижа за децата и превенция на изоставянето”. – 2012.

17. Молчанова, Т.В. К вопросу применения лечебного костюма «адели» у детей с некоторыми врожденными аномалиями развития нижних конечностей / Т.В. Молчанова // Сборник научных статей: V МНПК «Экология. Здоровье. Спорт» (Чита, 25-26 сентября). - 2013. - С. 23-24

18. Немкова, С.А. ДЦП: Современные технологии комплексной диагностики и реабилитации когнитивных расстройств: монография / С.А. Немкова. - М., Медпрактика, 2013. - 440 с.

19. Немкова, С.А., Маслова, Н.В. Эффективность применения метода динамической проприоцептивной коррекции у больных детским церебральным параличом с когнитивными нарушениями / С.А. Немкова, Н.В. Маслова // Неврология и психиатрия. - 2011. - № 8. - С. 26-32.

20. Патеюк, А.В. Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: учеб.-метод. пособие / А.В. Патеюк, В.Л. Антонов, Р.С. Мингалова, О.А. Скоринова. - Чита: ЗабГУ, 2016. – 280 с.

21. Стамболова, Ив. Модели за предоставяне на грижи в първичната медицинска помощ / Ив. Стамболова // сп. «Сестринско дело». – 2006. - № 3.

22. Терзиева, А. Грижи за деца с церебрална парализа / А. Терзиева. - София, Централна медицинска библиотека, 2015.

23. Терзиева, А., Василева, Н., Чанева, Г., Благоева, Д. Грижите за деца с детска церебрална парализа, предизвикателство за екипа от Професионалисти по здравни грижи / А. Терзиева, Н. Василева, Г. Чанева, Д. Благоева // сп. „Практическа педиатрия“. Бр. 5. - София, 2015.

24. Умнова, В.В. Детский церебральный паралич: эффективные способы борьбы с двигательными нарушениями / под ред. В.В. Умнова. - СПб., 2013. - 235 с.

25. Център за специална образователна подкрепа. - URL: <https://www.pu-sk.com/> (дата обращения: 01.12.2020).

26. Чавдаров, И., Алгоритъм на обслужване в центъра за лечение и рехабилитация на деца с церебрална парализа / И. Чавдаров // Fizik., kurort. I rekhab. med., 39. - 2000. - № 1. - С. 39-43.

27. Янев, С., Друмева, Ив. Кинезитерапията в помощ на социалната адаптация на децата с церебрална парализа, Izvestia na Sayuza na uchenite – Varna / С. Янев, Ив. Друмева // Med. I ekol., 14. - 2009. - № 2. - С. 44-47.

28. Aidin Resa. Serebral Palsi Aile EGitim Rehberi / Aidin Resa. - Istanbul universitesi, 1993.

29. Bobath, B & Bobath, K. The neurodevelopmental therapy In

Scrulton (Ed) The management of the motor disorders of cerebral palsy / B. Bobath & K. Bobath. - Heinemann, 1984.

30. Levitt, S. We can play and move, Appropriate Health Resources and Technologies Aktion Group / S. Levitt. - London, 1987.

31. Miller, F. Physical Therapy of Cerebral Palsy / F. Miller. - New York: Springer Science and Business Media, 2007.

32. Sheridan, M. From Birth to Five Years. Children's Developmental Progress-ublog.tk / M. Sheridan. – Routledge, 2008.

33. Terzieva, A., Tchaneva, G. The training needs of families of children with cerebral paresis / A. Terzieva, G. Tchaneva // Journal of International Scientific Publications. - Vol. 12. – 2014. - Pp. 388-394.

Заключение

В любом обществе дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья имеют те же социальные потребности, что и их здоровые сверстники. Они нуждаются в уважении и хотят исследовать окружающий их мир вместе с окружающими их людьми. Они надеются быть хорошо принятыми не только в своей семье, но и всеми другими людьми.

Полноценное и эффективное взаимодействие ребенка с ограниченными возможностями здоровья с окружающим миром возможно только в специально созданной предметно-развивающей среде. Поэтому всем организаторам коррекционно-развивающего процесса, прежде всего, необходимо сконструировать эту среду, то есть физическое пространство, в котором ребенок будет находиться. Очень важно – создать специальные условия обучения, специальные технические средства, способствующие расширению компенсаторных возможностей детей. Коррекционная работа с детьми, имеющими особые образовательные потребности, ориентирована на их социализацию. Ее основные задачи — максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и подготовка воспитанников к участию в посильном производительном труде

Значимым для социального развития любой страны в направлении интеграции в систему общечеловеческих ценностей, является обеспечение безбарьерного доступа лиц с ограниченными возможностями здоровья к образованию. В центре внимания специалистов-практиков находятся вопросы совершенствования содержания, методов и технологий психолого-педагогической и медицинской помощи, требует поиска практических решений,

связанных с повышением профессиональных компетенций всех (специалистов и педагогов), а также их мотивации к работе с детьми с особыми образовательными потребностями.

Интеграция детей и подростков с синдромом Дауна, с расстройствами аутистического спектра, с детским церебральным параличом требует решительного и ясного взятия ответственности со стороны государства, различных общественных организаций и субъектов социальной жизни общества. Большие успехи в образовании и развитии детей с ограниченными возможностями в развитых странах связаны, в первую очередь, с сильной общественной поддержкой, в основе которой, как ключевой аспект человеческих отношений, остается, прежде всего, гуманизм.

Авторы международного российско-болгарского издания надеются на то, что интенсивность и успешность интеграции детей с ограниченными возможностями в социум со временем позволит им вести достойную и независимую жизнь.

Список условных сокращений

АООП – адаптированная основная общеобразовательная программа

АФК – адаптивная физическая культура

ДОУ – дошкольное образовательное учреждение

ДПК – динамическая проприоцептивная коррекция

ДЦП – детский церебральный паралич

ЛФК – лечебная физическая культура

НЦК – нарушение центральной координации

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья

ПД – повседневная деятельность

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

РАС – расстройства аутистического спектра

РПК – реабилитационный пневмокостюм

СанПиН – санитарные нормы и правила

СД – синдром Дауна

СНРДФ – специфическое нарушение развития двигательных функций

ФРМ – физическая и реабилитационная медицина

ЦМПК – центральная психолого-медико-педагогическая комиссия

ЦП – церебральный паралич

АВА – Applied Behavior Analysis или прикладной анализ поведения

HRQOL – Health-related quality of life или «качество жизни, связанное со здоровьем»

НВОТ – Hyperbaric oxygen therapy или гипербарическая оксигенотерапия

Глоссарий

Адаптация – приспособление к изменяющимся условиям существования.

Агнозия — нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств; наблюдается при поражении определенных отделов коры больших полушарий головного мозга.

Агнозия пространственная — неспособность ориентироваться в пространстве, оценивать пространственные соотношения и воспроизводить последовательные действия в сложных двигательных актах.

Агонисты — содружественные мышцы, участвующие в осуществлении к.-л. движения.

Аграмматизм – нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих грамматическую упорядоченность речевой деятельности; при А. наблюдается опускание предлогов, неправильное согласование слов в роде, числе, «телеграфный стиль» и пр.; А. возникает обычно в связи с афазией или алалией.

Акустический — слуховой; относящийся к слуху.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте; причиной А. чаще всего является повреждение речевых областей больших полушарий головного мозга при родах, а также мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни; тяжелые степени А. выражаются у детей полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов; в более легких случаях наблюдаются начатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, аграмматизмом, затруднениями в усвоении чтения и письма.

Алалия моторная — недоразвитие экспрессивной речи, выраженное затруднениями в овладении активным словарем и грамматическим строем языка при достаточно сохранном понимании речи; в основе А. м. лежит расстройство или недоразвитие аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора, выраженное, в частности, заменой тонких и сложных артикуляционных дифференцировок более грубыми и простыми; причина — поражение коркового конца речедвигательного анализатора (Брока центр) и его проводящих путей.

Алалия сенсорная — недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух и сохранные способности к развитию активной речи; причиной А. с. является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (Вернике центр) и его проводящих путей.

Амбидекстрия – способность одинаково хорошо владеть правой и левой рукой может быть врожденной или выработанной в результате тренировок.

рующим влиянием на центральную нервную систему; усиливает жизнедеятельность организма, повышает умственную и физическую работоспособность.

Анализ — операция мысленного или реального расчленения целого (вещи, явления, свойства или отношения между предметами) на составные элементы, выполняемая в процессе познания или практической деятельности; А. неразрывно связан с синтезом.

Анализатор — термин, введенный И. П. Павловым для обозначения нервного аппарата, обеспечивающего восприятие и анализ внешних и внутренних раздражителей и формирующего специфические для данного А. ощущения; каждый А. состоит из воспринимающего

раздражения прибора — рецептора, проводящего пути и центрального отдела в коре головного мозга.

Анализатор двигательный — анализатор, обеспечивающий «восприятие и анализ положения тела в пространстве, а также движений отдельных частей тела.

Анализатор зрительный — анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ светового излучения окружающей среды и формирующий зрительные ощущения и образы.

Анализатор речедвигательный — анализатор, обеспечивающий восприятие и анализ информации от органов речи, в частности от мышц, изменяющий напряжение положение органов дыхания, голоса и артикуляции.

Апраксия — нарушение целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений.

Асфиксия – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислого газа в крови и тканях.

Брока центр – участок коры головного мозга, расположенный в задней трети нижней лобной извилины левого полушария (у правшей), обеспечивающий моторную организацию речи.

Вернике центр – область коры головного мозга в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария, при поражении которой возникает синдром сенсорной афазии.

Гимнастика речи активная – система упражнений для речевых органов, которые производятся ежедневно или несколько раз в день по инструкции логопеда.

Гимнастика речи пассивная – форма речевой гимнастики, при которой ребёнок производит движение только при помощи механического воздействия на речевые органы (нажим руки логопеда или соответствующего зонда, шпателем); после нескольких повторений

делается попытка произвести то же движение без механической помощи, т.е. пассивное движение постепенно переводится в активное.

Гнозис слуховой – узнавание предмета по характерному для него звуку.

Дизонтогенез – нарушение индивидуального развития организма.

Дыхание — 1) совокупность процессов, осуществляющихся благодаря функции различных органов и систем, обеспечивающих поступление в организм кислорода из окружающей среды, использование его в биологическом окислении и удаление из организма продукта окисления — углекислого газа; 2) совокупность дыхательных движений.

Дыхание речевое — дыхание в процессе речи, отличающееся от обычного более быстрым вдохом и замедленным выдохом, значительным увеличением дыхательного объема, преимущественно ротовым типом дыхания, максимальным расхождением голосовых складок на вдохе и сближением их почти до соприкосновения на выдохе.

Инклюзивное образование - обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей(пункт 27 статьи 2 273-ФЗ).

Когнитивные процессы – психические процессы.

Коммуникативные навыки - умение эффективно общаться.

Лексика – вся совокупность слов, входящих в состав к.-л. языка или диалекта.

Лексико-грамматический – характеризующийся единством лексических и грамматических свойств, соединяющий те и другие свойства.

Лепет – голосовые реакции ребёнка на раздражители положительного характера; появляются на втором месяце жизни в виде

разнообразных несложных комплексов звуков (гуление) и постепенно усложняется (многократное повторение слогов); при тяжёлых речевых нарушениях обнаруживается у детей с опозданием и в более позднем возрасте.

Негативизм детский - форма протеста ребёнка против реально существующего или воспринимаемого как реальное неблагоприятного отношения к нему со стороны сверстников или взрослых; при длительном эмоциональном неблагополучии ребёнка негативные реакции могут стать качествами его личности.

Нейроинфекция – общее название инфекционных болезней, характеризующихся преимущественной локализацией возбудителей инфекции в центральной нервной системе.

Нистагм – произвольные ритмические судорожные движения глазных яблок.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий (пункт 16 статьи 2 273-ФЗ)

Отражённая речь – повторное произнесение (индивидуально или хором) отдельных слов, фраз вслед за кем-либо.

Охранительное торможение – один из видов безусловного торможения; возникает при сильном или очень длительном раздражительном процессе; примером этого вида торможения является сон.

Память — форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, сохранении и воспроизведении индивидуумом данных прошлого опыта.

Память ассоциативная — память, при которой элементы

запоминаемого связаны между собой ассоциативно: по смежности (в пространстве или времени), сходству или контрасту.

Память кратковременная — память, способная хранить информацию в течение короткого промежутка времени (в среднем около 20 секунд без повторения); в П. к. сохраняется не полный, а лишь обобщенный образ воспринятого, его наиболее существенные элементы.

Память механическая (не связанный с сознанием, совершающийся без участия воли человека) — память, при котором элементы запоминаемого не связаны между собой к.-л. связью (ассоциативной или логической).

Память произвольная — память, при которой отсутствует специальная цель что-то запомнить или вспомнить.

Социализация - процесс получения человеческим индивидом навыков для полноценной жизни в обществе.

Этиология — 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.

Эффекторы речевые — часть речевого анализатора, исполняющая речедвижения, заданные из центрального управления.

Эфферентный — направленный от чего-то (органа, нервного центра).

Эхолалия — произвольное повторение слышимых звуков, слов и фраз.

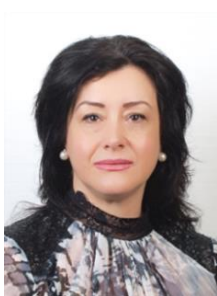
Сведения об авторах



Ли
Светлана Михайловна
к.филол.н.,
директор ГУ ЦПМСС «ДАР»



Кохан
Сергей Тихонович
к.мед.н., доцент, директор РЦИО
ЗабГУ, заслуженный врач РФ



Терзиева
Антоанета Зографова
к.мед.н., доцент кафедры
медицинского ухода Софийского
мед. университета



Василева
Надка Николова
к.мед.н., доцент кафедры
медицинского ухода
Софийского мед. университета

Специалисты ГУ ЦПМСС «ДАР»



Подъявилова
Оксана Евгеньевна
заведующая диагностико-
коррекционным отделом,
учитель-дефектолог



Куприянова
Ольга Павловна
методист, учитель-дефектолог
высшей квалификационной
категории



Зайцева
Юлия Владимировна
музыкальный руководитель



Костина
Анна Алексеевна
учитель-логопед высшей
квалификационной категории



Ерилова
Ирина Александровна педагог-
психолог



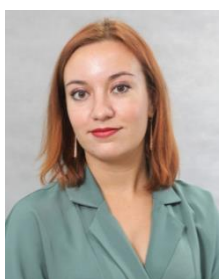
Панькова
Анастасия Алексеевна
учитель-дефектолог



Устюшенко
Александра Николаевна
учитель-дефектолог



Цыренова
Мария Михайловна
учитель-дефектолог



Богданова
Алена Дмитриевна
педагог-психолог



Губасарян
София Нерсесовна
педагог-психолог



Окладная
Лариса Анатольевна
учитель-логопед



Лукина
Александра Владимировна
учитель ИЗО высшей
квалификационной категории



Некрасова
Елена Владимировна
учитель-логопед



Музыкина
Елена Анатольевна
учитель-дефектолог



Кузнецова
Татьяна Александровна
учитель-логопед



Стромилова
Татьяна Николаевна
учитель - дефектолог



Гофман
Олеся Вячеславовна
педагог-психолог

Медицинский протокол для людей с синдромом Дауна

1. Медицинский протокол новорожденного (от рождения до 1 месяца):

- Клиническая диагностика и общение с родителями
- Цитогенетический анализ
- Клиническое и неврологическое обследование
- Клинические и инструментальные обследования при врожденных пороках развития (эхокардиография, УЗИ брюшной полости и др.)
- Офтальмологическое обследование
- Проверка слуха (отоакустическая эмиссия)
- Анализы крови на полицитемию, лейкомоидную реакцию, лейкоз и др.

- Регулярный неонатальный скрининг
- Поощрение грудного вскармливания
- Родительская психологическая поддержка

2. Медицинский протокол в первый год жизни (от 1 до 12 мес.):

- Периодические клинические и неврологические оценки - каждые 2 месяца

- Контроль правильного питания и нормального роста для синдрома Дауна - каждые 2 месяца.

- Эхокардиография (если не сделана при рождении)

- Осмотр и обследование на дефекты зрения и слуха в 6 и 12 месяцев

- Анализы крови на заболевания щитовидной железы, анемию, целиакию, иммунологические дефекты и т.д. - в 12 месяцев

- Прививки по местному графику.
- Направление в родительские ассоциации или группы поддержки

- Направление в центры ранней реабилитации
- Периодическая психологическая поддержка семьи с особым вниманием к братьям и сестрам.

3. Медицинский протокол от 1 до 6 лет:

- Клиническое и неврологическое обследование - два раза в год.
- Периодические оценки диеты и профилактики ожирения.
- Периодическая оценка роста
- Стоматологические осмотры - раз в год.
- Ортопедические обследования (рентгенография при атлантоаксиальной нестабильности и вывихе при необходимости и т.д.) - 1 раз в год.

- Обследование глаз и слуха - в 3 и 6 лет.
- Анализы крови на заболевания щитовидной железы, анемию, целиакию, аутоиммунные заболевания - 1 раз в год.

- ЛОР-обследование при гипертрофических миндалинах и аденоидах, при проблемах с дыханием, апноэ во сне, отите и т.д. - 1 раз в год.

- Прививки по местным программам
- Специфические прививки (грипп, пневмококки и т.д.) - Если есть риск

- Реабилитационные программы (продолжение)
- Логопедическая поддержка
- Социальная интеграция (школа для матери)

4. Медицинский протокол от 7 до 12 лет:

- Клиническая и нейропсихиатрическая оценка - ежегодно.
- Стоматологический осмотр - ежегодно
- Периодическая оценка диеты и профилактика ожирения.
- Оценка роста - ежегодно
- Офтальмологические осмотры - ежегодно.

- Проверка слуха - ежегодно
 - Ортопедические осмотры - ежегодно.
 - ЛОР-обследования при гипертрофии миндалин, механических респираторных заболеваниях, апноэ во сне, отит и др. - ежегодно
 - Анализы крови на заболевания щитовидной железы, целиакию, лейкоз, аутоиммунные заболевания, иммунологический дефицит и т.д. - ежегодно
 - Оценка полового развития и подготовка семьи к этому.
 - Семейная психологическая поддержка
 - Участие в школе и досуге
5. Медицинский протокол от подросткового возраста до раннего взросления:
- Клиническая оценка - ежегодно
 - Неврологические и психиатрические обследования (депрессия, аутизм и т. д.) - ежегодно
 - Периодическая оценка пищевых привычек.
 - Профилактика или коррекция ожирения
 - Офтальмологические осмотры - ежегодно.
 - Проверка слуха - ежегодно
 - Стоматологические осмотры - ежегодно
 - Ортопедические осмотры - ежегодно.
 - Анализы крови на заболевания щитовидной железы, целиакию, аутоиммунные заболевания, иммунную недостаточность и т.д. - ежегодно
 - Оценка полового развития, гинекологические осмотры.
 - Оценка потребности в контрацепции (у сексуально активных женщин)
 - Мониторинг успеваемости в школе
 - Поощрение досуга

- Стимуляция занятий спортом
- Оценка возможности активной занятости
- Оценка возможностей для самостоятельной жизни
- Психологическая поддержка семьи и индивидуума

6. Медицинский протокол в зрелом и пожилом возрасте:

- Оценка пищевых привычек
- Профилактика или коррекция ожирения
- Кардиологические обследования (эхокардиография при регургитации аорты или пролапсе митрального клапана) - периодичность
- Неврологические и психиатрические обследования, клинические обследования (ранняя депрессия, болезнь Альцгеймера, аутизм) - частоту всегда следует определять в соответствии с индивидуальными потребностями.
- Ортопедические элементы управления
- Гинекологические осмотры
- Стоматологические осмотры
- Офтальмологические обследования
- Проверка слуха
- Анализы крови на анемию, заболевания щитовидной железы, целиакию, аутоиммунные заболевания и т.д.
- Клинические и инструментальные исследования при онкологических заболеваниях.
- Прививки в зависимости от возраста или наличия риска (грипп, пневмококки и т. д.)
- Программы улучшения (сохранения приобретенных способностей)
 - Стимуляция физических нагрузок
 - Поощрение досуга
 - Индивидуальная психологическая поддержка.
 - Оценка необходимости жизни в обществе, в приемных семьях, в приютах или социальных учреждениях.

Учебное издание

Кохан Сергей Тихонович
Ли Светлана Михайловна
Терзиева Антоанета Зографова
Василева Надка Николова
Богданова Алена Дмитриевна
Гофман Олеся Вячеславовна
Губасарян София Нерсесовна
Ерилова Ирина Александровна
Зайцева Юлия Владимировна
Костина Анна Алексеевна
Кузнецова Татьяна Александровна
Куприянова Ольга Павловна
Лукина Александра Владимировна
Музыкаина Елена Анатольевна
Некрасова Елена Владимировна
Окладная Лариса Анатольевна
Панькова Анастасия Алексеевна
Подъявилова Оксана Евгеньевна
Стромилова Татьяна Николаевна
Устюшенко Александра Николаевна
Цыренова Мария Михайловна

**Теоретические и практические аспекты комплексного
сопровождения детей с отклонениями в развитии**

Редактор: Куприянова О.П.

Подписано в печать 20.01.2021
Формат 60x84x16. Бумага офсетная.
Способ печати цифровой.
Усл. печ. л. 9,8. Заказ № 25.
Тираж 100 экз.
ГУ ЦППМСП «Дар»
г. Чита, Забайкальский край