

Заседание педагогического клуба «Особый ребёнок»

Тема: «Всё ли мы знаем о наших детях?»

Цель: повышение психолого-педагогической компетентности педагогов в
работе с детьми с ОВЗ.

1. Вводная часть

(1 слайд)

Учитель - логопед Леванова Н.В.

Добрый день Уважаемые коллеги! Мы приглашаем Вас на заседание педагогического клуба «Особый ребёнок».

Тема нашего заседания «Всё ли мы знаем о наших детях?».

Дети все разные и подходы работы для каждого ребёнка свои. В нашем детском саду, кроме, основных - у детей имеются и дополнительные диагнозы. Вот и мы сегодня, хотим Вас познакомить - у каких детей имеются такие дополнительные диагнозы. Начнём с общих заключений, и расшифруем - что к чему относится.

«Каждый ребёнок особенный. Все дети равные»

(Слайд 2) *«Любой ребёнок достоин того, чтобы получить полноценное развитие, при котором бы произошло самораскрытие его уникальных способностей»*

Коды болезней по МКБ-10

МКБ-10 содержит 21 класс болезней. Коды U00-U49 и U50-U99 составляют 22-й класс и используются для временного обозначения и в исследовательских целях.

На слайде представлены все классы болезней. (Слайд 3)

1. A00-B99 — Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

2. C00-D48 — Новообразования

3. D50-D89 — Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

4. E00-E90 — Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ

5. F00-F99 — Психические расстройства и расстройства поведения
Содержит 11 блоков (ЗПР, ОНР, УО и др.)

6. G00-G99 — Болезни нервной системы (эпилепсия, ДЦП и др.) (G 40 эпилепсия – Полина

Ч. П., Антон О. , G 80.1 ДЦП (спастическая диплегия)

7. H00-H59 — Болезни глаза и его придаточного аппарата (H 50.1, Ярослав К., H 52.1, H 52.2 Артём К.)

8. H60-H95 — Болезни уха и сосцевидного отростка

9. I00-I99 — Болезни системы кровообращения

10. J00-J99 — Болезни органов дыхания

11. K00-K93 — Болезни органов пищеварения

(Слайд 4)

12. L00-L99 — Болезни кожи и подкожной клетчатки

13. M00-M99 — Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

14. N00-N99 — Болезни мочеполовой системы

15. O00-O99 — Беременность, роды и послеродовой период

16. P00-P96 — Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде

17. Q00-Q99 — Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения. (Синдром Дауна Юля Б., Даша Е., гидроцефалия Ярослав К.)

18. R00-R99 — Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках

19. S00-T98 — Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

20. V01-Y98 — Внешние причины заболеваемости и смертности

21. Z00-Z99 — Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

2. Основная часть

Учитель - логопед Леванова Н.В..

Дети группы Буратино

А теперь остановимся подробнее на тех категориях детей, которые посещают наш детский сад. Мы не будем подробно разбирать заключения: ОНР, ЗПР, Синдром Дауна, Аутизм, т.к. про эти заключения мы говорили ранее.

(Слайд 5)

«Нарушение активности и внимания»

В группе «Буратино» один ребёнок с заключением **F90.0.** (Никита Н.)

Группа расстройств, характеризующихся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни), отсутствием упорства в деятельности, требующей умственной сосредоточенности, и склонностью к перескакиванию с одних дел на другие без доведения их до конца. Одновременно с этим отмечается неорганизованная, нерегулируемая и чрезмерная активность. Могут присоединяться и некоторые другие нарушения. Дети с гиперкинетическими расстройствами часто бывают отчаянными и импульсивными, подвержены несчастным случаям и дисциплинарным взысканиям вследствие необдуманных нарушений правил, прежде чем осознают свое

вызывающее поведение. Их взаимоотношения со взрослыми часто социально расторможены, без обычной предусмотрительности и сдержанности. Они не пользуются любовью других детей и могут оказаться в изоляции. Недостаточность познавательных функций является распространенным явлением, и специфические задержки моторного и языкового развития несоразмерно часты. Вторичные осложнения включают диссоциальное поведение и низкую самооценку.

(Слайд 5, щелчок)

F 90.0 (Никита Н.) – это нарушение активности и внимания. Ранее называлось минимальной мозговой дисфункцией (ММД), минимальным повреждением головного мозга. Это одно из наиболее распространенных детских поведенческих расстройств, у многих сохраняющееся во взрослом возрасте. Расстройство чаще встречается у мальчиков.

В последнее время родители, воспитатели все чаще сталкиваются с детьми, двигательная активность которых выходит за рамки представлений о простом подвижном ребенке. Большинство детей дошкольного возраста отличаются подвижностью, импульсивностью, непосредственностью и эмоциональностью, но при этом они могут внимательно выслушать взрослого и выполнить его указания.

С такими детьми трудно наладить контакт уже потому, что они находятся в постоянном движении: они не ходят, а бегают, не сидят, а ерзают, не стоят, а прыгают, крутятся или залезают куда – нибудь, не смеются, а хохочут, принимаются за дело или убегают, не дослушав до конца. Внимание их рассеяно, глаза блуждают, взгляд трудно поймать.

Синдром дефицита внимания в последнее время определен как заболевание. Это значит, что ребенок хочет, но не может изменить свое поведение по желанию взрослых. Необходима специальная тактика работы с таким ребенком, а иногда и лечение.

Основные симптомы синдрома дефицита внимания: (Слайд 5, щелчок)

- Расстройство внимания,
- Повышенная двигательная активность,
- Импульсивность.

(Слайд 6) Проблемы таких детей не решаются в одночасье и одним человеком. Эта проблема требует внимания, как родителей, так и врачей, педагогов и психологов. Только комплексный подход может гарантировать успех в преодолении негативных проявлений данного синдрома. Очень важную роль играет коррекция в семье.

Во время коллективных занятий такие дети часто вскакивают с места, не понимают, чего хочет от них воспитатель, не могут выполнить задания до конца. Такой ребенок получает больше всех замечаний, окриков, «отрицательного внимания»; он мешает другим детям и обычно попадает в число «изгоев». Претендуя на лидерство, эти дети не умеют подчинять свое поведение правилам или уступать другим и, как следствие, вызывают многочисленные конфликты в детском коллективе.

В. Окландер: "Когда таким детям уделяют внимание, слушают их, и они начинают чувствовать, что их воспринимают всерьез, они способны каким-то образом свести до минимума симптомы своей гиперактивности".

(Слайд 7)

Нарушения внимания включают: 1) неспособность сохранять внимание: ребенок не может выполнить задание до конца, несобран при его выполнении; 2) снижение избирательного внимания, неспособность надолго сосредоточиться на предмете; 3) частые забывания того, что нужно сделать; 4) повышенная отвлекаемость, повышенная возбудимость: дети суетливы, неусидчивы, часто переключаются с одного занятия на другое; 5) еще большее снижение внимания в непривычных ситуациях, когда необходимо действовать самостоятельно. Педагоги и родители жалуются, что ребенок нигде не проявляет упорства - ни в учебе, ни в играх. Некоторые дети не могут досмотреть до конца любимую телепередачу, даже если она длится всего полчаса.

(Слайд 8)

Импульсивность может проявляться: 1) неряшливым выполнением заданий, несмотря на усилия все делать правильно; 2) частыми выкриками с места и другими шумными выходками во время занятий; 3) «влезаниями» в разговор или работу других детей; 4) неспособностью ждать своей очереди в играх, во время занятий и т. д.; 5) частыми драками с другими детьми (причина - не дурные намерения или жестокость, а неумение проигрывать). С возрастом проявления импульсивности могут меняться; в начальных классах - излишняя активность в отстаивании собственных интересов, невзирая на требования учителя (при том что противоречия между учеником и учителем вполне естественны), крайняя нетерпеливость; в старшем детском и подростковом возрасте - хулиганские выходки и асоциальное поведение (кражи, употребление наркотиков, беспорядочные половые связи). Чем ребенок старше, тем импульсивность выраженнее и заметнее для окружающих.

(Слайд 9)

Гиперактивность - необязательный признак синдрома нарушения внимания с гиперактивностью. У части детей двигательная активность, наоборот, снижена. В дошкольном и раннем школьном возрасте гиперактивные дети непрерывно или импульсивно бегают, ползают, карабкаются. В старшем детском и подростковом возрасте они неусидчивы, постоянно вскакивают и опять садятся, суетливы. Двигательная активность и качественно, и количественно отличается от возрастной нормы. С возрастом гиперактивность часто уменьшается, иногда исчезая вовсе, хотя другие симптомы могут оставаться.

Дети без гиперактивности менее агрессивны и враждебны к окружающим. У них, по-видимому, чаще бывают парциальные задержки развития, в том числе школьных навыков.

Такой ребёнок не «вредный» и не «плохой», просто ему труднее сдерживать свою двигательную активность, он в этом не виноват.

Учитель-дефектолог Огороднова Е.В.

(Слайд 10)

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

В группе «Солнышко» один ребёнок с заключением **F90.1**. (Полина Г.)

Характеристика состояния

Гиперкинетические расстройства у детей одна из наиболее острых проблем не только для врачей, педагогов и психологов, но и для общества в целом.

Гиперкинетический синдром проявляется в виде чрезмерной подвижности, суетливости. Движения при этом размашистые, недостаточно координированные и целенаправленные, часто отмечаются травматические повреждения. Синдром встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Условия лечения

Амбулаторное лечение - при легких проявлениях гиперкинетических расстройств, при затяжном течении - лечение в условиях стационара.

Принципы терапии

Выбор терапии определяется степенью тяжести гипердинамических расстройств и строится на основе сочетания биологической терапии, систематических лечебно-педагогических мероприятий, трудотерапии, игротерапии, музыкотерапии, лечебной физкультуры.

(Слайд 10, щелчок)

Синдром нарушения внимания с гиперактивностью в большинстве случаев хорошо поддается лечению и психолого - педагогической коррекции. Своевременно не выявленная гиперактивность в дальнейшем может стать причиной школьной неуспеваемости, проявления неадекватного поведения. В подростковом возрасте у детей с гиперактивным диагнозом физиологическая тяга к алкоголю, наркотикам, правонарушениям. Вот почему гиперактивность опасна не только для близкого окружения ребенка, но и всей социальной среды.

F92

Смешанные расстройства поведения и эмоций

(Слайд 11)

Группа расстройств, характеризующихся сочетанием устойчивого агрессивного, диссоциального или вызывающего поведения с явно выраженной депрессией, тревогой или другими эмоциональными расстройствами.

F92.8

(Слайд 11, щелчок)

В группе «Солнышко» один ребёнок с заключением **F92.8** (Ярослав В.)

Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

Эта рубрика предусматривает сочетание расстройств поведения (F91.-

Расстройства, характеризующиеся повторяющимися, устойчивыми образцами необщительного, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение можно

было бы расценить как наивысшее проявление возрастных социальных нарушений, тем не менее оно может быть более тяжелым, чем обычное детское непослушание или подростковая недисциплинированность, и длиться значительное время (6 месяцев и дольше). Черты такого расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, и в этом случае предпочтение следует отдавать основному диагнозу.

Примеры поведения, на которых базируется диагноз, включают чрезмерную драчливость и вздорность, жестокость по отношению к другим людям и животным, тяжелую порчу имущества, поджоги, воровство, постоянную лживость, прогуливание занятий в школе и побеги из дома, обычно частые и тяжелые вспышки раздражения, непослушание. Наличие любого из вышеуказанных признаков, если он ярко выражен, достаточно для постановки диагноза, однако отдельные диссоциальные действия не могут служить для него основанием)

с устойчивой и выраженной эмоциональной симптоматикой, такой, как тревожность, одержимость или навязчивость, деперсонализация - расстройство самовосприятия. При деперсонализации собственные действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими, это часто сопровождается явлениями дереализации - нарушение восприятия, при котором окружающий мир воспринимается как нереальный или отдаленный, лишенный своих красок и при котором могут происходить нарушения памяти, фобии или гипохондрия (Нервная болезнь, вследствие которой человек делается угрюмым, задумчивым и постоянно только и думает о своих болезнях и несчастиях).

«Тревожные дети»

(Слайд 12) В психологическом словаре дано следующее определение тревожности: это "индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в повышенной склонности испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и в таких, которые к этому не предрасполагают".

Следует отличать тревогу от тревожности. Если тревога - это эпизодические проявления беспокойства, волнения ребенка, то тревожность является устойчивым состоянием.

Портрет тревожного ребенка

У Ярослава присутствует тревожность, агрессивность. Их отличает чрезмерное беспокойство, причем иногда они боятся не самого события, а его предчувствия. Часто они ожидают самого худшего. Дети чувствуют себя беспомощными, опасаются играть в новые игры, приступать к новым видам деятельности. У них высокие требования к себе, они очень самокритичны. Уровень их самооценки низок, такие дети и впрямь думают, что хуже других во всем, что они самые некрасивые, неумные, неуклюжие. Они ищут поощрения, одобрения взрослых во всех делах.

Для тревожных детей характерны и соматические проблемы: боли в животе, головокружения, головные боли, спазмы в горле, затрудненное поверхностное дыхание и др. Во время проявления тревоги они часто ощущают сухость во рту, ком в горле, слабость в ногах, учащенное сердцебиение.

«Агрессивные дети»

(Слайд 12, щелчок) В психологическом словаре приведено следующее определение данного термина: «Агрессия — это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический и моральный ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т.п.)».

Портрет агрессивного ребенка

Почти в каждой группе детского сада, в каждом классе встречается хотя бы один ребенок с признаками агрессивного поведения. Он нападает на остальных детей, обзывает и бьет их, отбирает и ломает игрушки, намеренно употребляет грубые выражения, одним словом, становится «грозой» всего детского коллектива, источником огорчений воспитателей и родителей.

Учитель-логопед Леванова Н.В.

Рекомендации педагогам работающих, с детьми с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (Слайд 13)

Данные рекомендации подходят при работе воспитателю с детьми - Никите Н., Полине Г., Ярославу В..

1. Занятия необходимо строить по четко спланированному распорядку. На определенный отрезок времени ребенку дается лишь одно задание. Большое задание предлагается выполнить последовательно в виде частей, и педагог должен периодически контролировать ход работы над каждой из них, внося необходимые коррективы.
2. Детям не стоит делать резкие замечания.
3. В середине занятия дайте возможность подвигаться: попросите что-нибудь поднять, принести, предложите протереть доску и т.п.,
4. Поощряйте ребенка, например, если ребенок хорошо себя вел на занятии, разрешите ему и ребятам дополнительно походить еще несколько минут.
5. Посадите его рядом со спокойным ребенком.
6. Внешняя среда ребенка с СДВГ должна быть очень хорошо организована. Все лишние раздражители удаляются из поля зрения.
7. Обеспечьте для ребёнка возможность быстрого обращения за помощью. Выполняя задание, такие дети часто не понимают, что и как они делают. Не ждите, пока деятельность ребенка станет хаотичной, вовремя помогите ему правильно организовать, работу.
8. Придерживайтесь позитивной модели поведения. Хвалите за каждое проявление

сдержанности, самоконтроля, открыто проявляйте свой восторг, если он довел дело до конца. Не стесняйтесь хвалить ребенка, дети с синдромом дефицита внимания более других нуждаются в похвале.

9. Не «замечайте» мелкие шалости, сдерживайте раздражения и не кричите на ребенка, так как от шума возбуждение усиливается,

10. При необходимости применяйте позитивный физический контакт: возьмите руку ребенка, погладьте по голове, прижмите к себе,

(Слайд 14)

11. Предоставлять ребенку возможность выбора.

12. Начинать и заканчивать занятия заданиями, с которыми ребенок справится.

13. У гиперактивных детей до 6-8 лет ведущим остается наглядно-действенное мышление, то есть, чтобы что-то понять, им необходимо все потрогать и подвигать

14. Аккуратности сильно не требовать.

15. Инструкции четкими и краткими, не более 10 слов.

16. Работая один на один со взрослым, не проявляет признаков гиперактивности и гораздо успешнее справляется с работой. Чем более драматичен, экспрессивен, театрален педагог, тем легче он справляется с проблемами гиперактивного ребенка, которого влечет все неожиданное, новое. Необычность поведения педагога меняет психологический настрой ребенка, помогает переключить его внимание на нужный предмет.

17. Использовать тактильный контакт. Проходя по группе, педагог в тот момент, когда ребенок начнет отвлекаться, может положить руку ему на плечо. Это прикосновение работает как сигнал, помогающий «включить» внимание.

18. Оставайтесь спокойными. Помните: нет хладнокровия — нет преимущества! Прежде чем реагировать на неприятную ситуацию, остановитесь на несколько секунд (например, сосчитайте до десяти).

19. Избегать утомления

20. Ограничить их участие в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей.

21. Партнер гиперактивного ребенка должен быть уравновешенными и спокойными.

22. Принять ребенка таким, каков он есть.

23. Работать с ребенком в начале дня, а не вечером.

24. Работать в тесном сотрудничестве с родителями, психологом.

25. На занятии использовать визуальные опоры.

26. Использовать гибкую систему поощрений и наказаний.

27. Занятия с ребенком должны проходить в эмоционально-привлекательной форме.

28. Посадить ребенка во время занятий рядом с взрослым.

29. Договариваться с ребенком о тех или иных действиях заранее.

Учитель-дефектолог Огороднова Е.В.

(Слайд 15) Рекомендации по работе с детьми с эмоциональными нарушениями.

(Рекомендации при работе с Ярославом В.)

1. Нельзя учить детей подавлять эмоции, надо их научить правильно направлять, проявлять свои чувства.
2. Эмоции рождаются в процессе взаимодействия с окружающим миром. Необходимо научить ребенка адекватным формам реагирования на те или иные ситуации или явления внешней среды.
3. Не надо ограждать ребенка от отрицательных переживаний. Невозможно избежать негатива в повседневной жизни, и искусственное создание "тепличных условий" лишь на короткий период снимает проблему, а через некоторое время она проявится более остро. Нужно учитывать не просто модальность эмоций (отрицательные или положительные), а, прежде всего, их интенсивность.
4. Чувства ребенка нельзя оценивать, невозможно требовать, чтобы он не переживал того, что переживает. Как правило, бурные аффективные реакции – это результат длительного сдерживания эмоций.

Как помочь тревожному ребенку?

Работа с тревожным ребенком сопряжена с определенными трудностями и, как правило, занимает достаточно длительное время.

(Слайд 16) Правила общения с тревожными детьми.

1. Избегайте состязаний и каких-либо видов работ, учитывающих скорость.
2. Не сравнивайте ребенка с окружающими.
3. Чаще обращайтесь к ребенку по имени.
4. Демонстрируйте образцы уверенного поведения, будьте во всем примером ребенку.
5. Не предъявляйте ребенку завышенных требований.
6. Будьте последовательны в воспитании.
7. Используйте наказание лишь в крайних случаях. Не унижайте ребенка, наказывая его.

Как помочь агрессивному ребенку?

Причин такого поведения может быть много. Но часто дети поступают именно так потому, что не знают, как поступить иначе. К сожалению, их поведенческий репертуар довольно скуден, и если мы предоставим им возможность выбора способов поведения, дети с удовольствием откликнутся на предложение, и наше общение с ними станет более эффективным и приятным для обеих сторон.

(Слайд 17) Работа воспитателей с данной категорией детей должна проводиться в трех направлениях:

- работать с гневом - обучать ребенка общепринятым и неопасным для окружающих способам выражения своего гнева; для этого рекомендуется использовать следующие игры:

- «мешочек криков», «подушка для пинаний», «листок гнева», «рубка дров».
- обучать самоконтролю - вырабатывать у ребенка навыки владения собой в

ситуациях, провоцирующих вспышки гнева или тревожность; для этого рекомендуется использовать следующие игры:

- «Посчитал до десяти я и решил», «Гнев на сцене»."

- работать с чувствами - учить осознавать собственные эмоции и эмоции других людей, формировать способность к сопереживанию, сочувствию, доверию окружающим;
- «Рассказы по фотографиям», чтение сказок и рассуждение на тему, кто как себя чувствует, какое у него настроение(герои сказок)
- прививать конструктивные навыки общения - обучать адекватным поведенческим реакциям в проблемной ситуации, способам выхода из конфликта.
- «создание проблемной ситуации и варианта выхода из нее», «слепой и поводырь»

Учитель-логопед Леванова Н.В.

Можно в группе играть в игры. Например, педагог приглашает желающих выйти в круг.

(Слайд 18)

Упражнение «Снежинки»

Приглашаются несколько человек.

Добровольцы входят в зал, где звучит спокойная музыка.

Педагог говорит:

- Представьте, что вы снежинки, которые кружатся на ветру под музыку – медленно, спокойно, красиво. Как только музыка перестанет звучать, берите за руки того, кто стоит рядом. Услышав звуки мелодии, продолжайте танцевать парами. Когда я скажу «Стоп!», нужно сразу же остановиться. Полетели и на места все присели. Глазки закрываем и снежинки мы поймаем.

Представьте себе, что с неба падают снежинки, а вы ловите их ртом.

А теперь снежинка:

легла на правую щеку – надувайте ее;

легла на левую щеку – надувайте ее;

легла на носик – наморщите нос;

легла на лоб – пошевелите бровями;

легла на веки – поморгайте глазами и откройте их.

Снегопад закончился.

«РАЗГОВОР С РУКАМИ»

Цель: научить детей контролировать свои действия.

Если ребенок подрался, что - то сломал или причинил кому-нибудь боль, можно предложить ему такую игру: обвести на листе бумаги силуэт ладоней. Затем предложите ему оживить ладошки — нарисовать им глазки, ротик, раскрасить цветными карандашами пальчики. После этого можно затеять беседу с руками. Спросите: "Кто вы, как вас зовут?", "Что вы любите делать?", "Чего не любите?", "Какие вы?". Если ребенок не подключается к разговору, проговорите диалог сами. При этом важно подчеркнуть, что руки хорошие, они многое умеют делать (перечислите, что именно), но иногда не слушаются своего хозяина. Закончить игру

нужно "заключением договора" между руками и их хозяином. Пусть руки пообещают, что в течение 2-3 дней (сегодняшнего вечера или, в случае работы с гиперактивными детьми, еще более короткого промежутка времени) они постараются делать только хорошие дела: мастерить, здороваться, играть и не будут никого обижать. Если ребенок согласится на такие условия, то через заранее оговоренный промежуток времени необходимо снова поиграть в эту игру и заключить договор на более длительный срок, похвалив послушные руки и их хозяина.

Вывод

Гиперактивность, гиперкинетическое расстройство - это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики.

Учитель-логопед Васина А.А. **(Слайд 19)**

F98.5 (Заикание/запинание)

Заикание – это нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Наиболее ранняя и легкая форма заикания — *клоническая*, при которой возникают запинки в речи — повторяются звуки или слоги. Если ребенок с клонической формой заикания не получил комплексной психолого-педагогической помощи, то запинки закрепляются и формируется стойкий патологический стереотип речи с запинками. И тогда со временем клоническая форма заикания переходит в более тяжелую форму — *тоническую*, при которой в речи появляются длительные остановки и паузы в начале или середине слова. Для устранения такого заикания требуется уже комплексный медико-психолого-педагогический подход и лечение на протяжении длительного времени. Поэтому *заикание легче предупредить, чем устранить*.

Заикание проявляется в виде повторения или удлинения звуков, слогов, или слов и пауз в середине слова. Может проявляться в виде частых остановок или в нерешительности начать говорить. В результате нарушается ее ритмичное течение и плавность. Заикание препятствует ребенку в полноценном речевом общении с окружающими.

Кроме этого могут быть сопутствующие или даже насильственные движения в скелетной мускулатуре, уловки, помогающие ребенку скрыть запинки и ритмизировать речь. Например, если ребенок делает запинки на первом звуке «п» в слове папа, то он ищет другое слово без звука «п» и заменяет на другое слово – отец. Постепенно появляется психологическая фиксированность на своем дефекте. С этого момента может появиться страх перед говорением – логофобии, что может появиться уже к концу дошкольного возраста.

Заикание может появиться в любом возрасте у детей и взрослых. Наиболее часто у детей заикание возникает в период от 2 до 5 лет. У некоторых детей с бурным развитием фразовой речи заикание может появиться в возрасте 2-3 лет. У детей с поздним общим развитием речи заикание может возникнуть после 4-5 лет. В любом

случае заикание появляется у некоторых детей в период формирования фразовой речи, когда речь становится средством общения.

Для профилактики или во время коррекционного этапа важно, чтобы и в детском саду и дома поддерживался коррекционный речевой режим: соблюдались «правила речи» и коррекционные рекомендации.

Для воспитателей и родителей можно сформулировать следующие рекомендации, касающиеся создания коррекционного режима для заикающегося ребенка, находящегося в ДООУ.

Правила речи для заикающихся детей

- Говорить следует в замедленном темпе и спокойно, четко проговаривать все гласные звуки. При произнесении гласных надо четко их артикулировать и открывать рот. Не следует говорить через стиснутые зубы. Все гласные звуки должны произноситься с четкой и активной работой губ. (Например, для звука «и» губы растянуты в стороны и в улыбку, для звука «у» губы складываются в трубочку, для звука «о» губы собираются в хоботок).

- Согласные звуки произносятся на выдохе.

- Перед высказыванием следует продумать, что хотелось бы сказать, какой задать вопрос, какую подать реплику.

- Рекомендуется смотреть в глаза собеседнику, человеку, к которому обращаешься. При ответе на вопрос также следует сначала увидеть глаза того, кто задал вопрос, не торопится с ответом, подумать и не торопясь дать ответ.

- Надо выбирать оптимальную громкость голоса во время речи. Не следует говорить тихо и очень громко.

- Во время речи необходимо следить за осанкой тела, положением головы и конечностей. Если говорить приходится стоя, то необходимо стоять ровно, ноги должны быть расставлены на ширину плеч. Если говорить приходится сидя, то ноги не должны быть перекрещены под столом, а также должны находиться расставленными в положении на ширину плеч. Сидеть также надо с прямой спиной, с опорой на спинку стула, плечи при этом должны быть опущены. Кисти рук не должны быть сжаты в кулаки. Не рекомендуется запрокидывать голову назад к спине и опускать подбородок на грудь во время речи. Во время речи подбородок относительно шеи должен быть под прямым углом. Начинать говорить надо на выдохе. Не рекомендуется говорить высоким голосом, а по возможности тон голоса понижать. Если первое слово предложения начинается с гласного звука, то начинать надо тихо и несколько пониженным тоном голоса. Длинную фразу следует делить на смысловые отрезки. Каждый такой отрезок произносить нужно как короткую фразу. Между отрезками фразы рекомендуется соблюдать паузы.

Чтобы успешнее проводилась коррекционная работа с заикающимся ребенком по выработке у него новых правильных навыков плавной и выразительной речи, нужно соблюдать следующие условия.

Советы для педагогов:

- Если ребенок заикается, то ему нельзя делать замечания со словами говори хорошо, говори медленно, расслабься, вдохни перед началом речи и другие замечания, касающиеся его речи.

- При ребенке не следует произносить, что он «Заикается».

- Воспитатели не должны при других детях обращать внимание на сбивчивую речь заикающегося ребенка, не произносить за него слова, которые он не может договорить из-за заикания. Если сам воспитатель не обратит своего внимания на запинки в речи ребенка, то другие дети не заметят проблемы в речи заикающегося.

- Воспитатель должен предупреждать и не допускать, чтобы дети дразнили ребенка, обзывали, исключали из общих игр.

- Во время разговора надо давать заикающемуся ребенку почувствовать, что внимательно и спокойно слушают то, о чем он говорит. При этом совсем не обращают внимания на то, как ребенок говорит. Надо дать возможность договорить ребенку, не перебивать и не торопить его речь.

- Надо поддерживать постоянный зрительный контакт с ребенком и терпеливо ждать пока заикающийся закончит свое высказывание.

- Не рекомендуется задавать много вопросов ребенку.

- Речь воспитателя и родителей с ребенком при заикании должна быть неспешной («ленивой»).

- Заикающегося ребенка нужно поощрять и хвалить как можно чаще и как можно естественней, даже если у него что-то не получается. При этом не рекомендуется гладить ребенка по голове и вообще трогать его голову.

- При занятиях с заикающимся ребенком надо учитывать его интересы и поддерживать его инициативу в игре. Не следует требовать от ребенка того, что он не может выполнить в силу своих особенностей. Надо принимать и любить ребенка таким, какой он есть.

+ *Лечебно-педагогический комплекс* по преодолению заикания состоит из двух блоков. Первый блок направлен на лечебно-оздоровительные мероприятия. Эти мероприятия организует врач, который проводит лечение специальными медикаментами, назначает лечебные процедуры, лечебную физкультуру и другие.

Второй блок посвящен коррекционно-педагогическому воздействию. В этом воздействии принимают участие все участники педагогического коррекционного процесса в ДОУ, а также родители заикающегося ребенка. Основную коррекционную работу проводят логопеды и психологи.

Так как заикание является одним из самых стойких тяжелых нарушений речи, затрагивающим не только речь, но и другие сферы жизнедеятельности ребенка – соматическую, неврологическую, психологическую, моторную, личностную и другие, то можно сделать вывод, что заикание легче предупредить, чем его исправить.

Учитель-дефектолог Водопьянова Ю.С.

(Слайд 20)

Особенности работы педагога с детьми с гидроцефалией

Гидроцефалия(Q 03.) или водянка мозга - это повышение выработки ликвора (специальной жидкости, омывающей головной мозг), которое приводит к повышению внутричерепного давления. При нормальном развитии и нормальном здоровье человека «ликвор» постоянно вырабатывается, всасывается и обновляется. Лишняя

жидкость создает чрезмерное давление на головной мозг, негативно сказываясь на его работе.

Эта патология встречается не так часто, но и не настолько редко, как хотелось бы. Статистика «Всемирной организации здравоохранения» (ВОЗ) показывает, что гидроцефалию той или иной степени и разновидности обнаруживают у одного из 4000 новорожденных деток.

Виды и причины гидроцефалии

Водянка головного мозга может быть как врожденной патологией, так и приобретенной.

В первом случае на развитие недуга влияют неблагоприятные внутриутробные факторы: инфекционное заболевание в острой форме у мамы во время беременности (чаще всего так на ребенка действует цитомегаловирусная инфекция), пороки развития, возникшие из-за генетических «ошибок».

Приобретенной гидроцефалией чаще всего страдают дети до года, которые появились на свет значительно раньше положенного срока, а также малыши, получившие травму головного мозга во время родов.

Причиной возникновения патологии также может являться черепно-мозговая травма или перенесенное инфекционное заболевание, опухоли мозга.

Гидроцефалию делят на несколько видов – в зависимости от того, где именно скапливается церебральная жидкость:

- наружная;
- внутренняя;
- смешанная (комбинированная).

При **наружной** водянке скопление ликвора сосредоточено только под оболочками мозга, он не затрагивает глубинные участки. Такое состояние обычно бывает у новорожденных и детей, перенесших родовую травму.

Внутренняя гидроцефалия — это ситуация, при которой церебральная субстанция скапливается в мозговых желудочках, по которым не может нормально течь. Такое поражение может быть врожденной патологией, а также приобретенной – у карапузов старше года.

Смешанная разновидность водянки объединяет признаки первого и второго видов, при этом спинномозговая жидкость накапливается и внутри, и снаружи мозга.

По динамике проявлений гидроцефалия может быть:

- прогрессирующей (с заметным ухудшением состояния);
- стабильной (когда новые симптомы не появляются, но и улучшений нет);
- регрессирующей (с постепенным уменьшением симптоматики).

Проявления гидроцефалии у детей

Детям с гидроцефалией свойственно:

вялость, малоподвижность, апатичность, сонливость;
ухудшение зрения и слуха вплоть до полной слепоты из-за атрофии зрительного нерва; давящие боли за глазами;

двоение в глазах и сложности с фокусировкой взгляда на определенной точке, косоглазие;
головная боль в утренние часы, стихающая к вечеру, но усиливающаяся в положении лежа;
рвота утром, вне связи с приемом пищи или на высоте выраженности головной боли;
раздражительность;
гиперкинезы (непроизвольные неконтролируемые резкие эпизодические подергивающиеся движения различных частей тела, например, тики рук, ног и лица);
атаксия (нарушение координации движений и походки);
энурез (недержание мочи);
отставание в физическом и интеллектуальном развитии.

В дошкольном возрасте такие дети испытывают сложности с воспроизведением услышанных рассказов, с усвоением новых (особенно развивающих) игр, они менее любопытны. Отмечается повышенная зависимость от старших, дети часто обращаются к ним за помощью, производя впечатление открытых, доброжелательных и ласковых.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЮ ГИДРОЦЕФАЛИИ:

любые нагрузки на организм (вирусные инфекции, стресс, психическое и физическое переутомление, сотрясение головного мозга, прививки) могут приводить к повышению внутричерепного давления.

Рекомендации педагогам:

- создание благоприятного психологического климата, положительного эмоционального фона. Положительные эмоции стимулируют деятельность сердца, в результате чего увеличивается количество крови, поступающей в мозг, что улучшает питание мозговой ткани, активизирует слуховой, зрительный анализаторы, то есть повышаются функциональные возможности мозга;
- регламентация учебной нагрузки в течение дня, недели, обязательное проведение физкультминуток, гимнастик для глаз;
- варьирование сложности программного материала;
- широкое использование наглядности и образного материала.
-

Особенности работы педагога с детьми с нарушением зрения

Дети, имеющие нарушения зрения (миопия-близорукость), амблиопия-дальнозоркость, астигматизм, косоглазие, слабовидение, тяжелая врожденная патология органа зрения и др.) недополучают часть учебной информации. Чтобы полноценно воспринять учебный материал, им приходится напрягать зрение, в результате чего развивается утомление, падает работоспособность. Этим детям необходимо больше времени на выполнение задания. У детей со слабовидением, косоглазием страдают пространственная ориентация, нарушены зрительное

внимание и зрительная память. Все это педагогу надо учитывать при работе с такими детьми.

Рекомендации:

- правильная организация рабочего места, соответствие размера мебели росту ребенка;
- достаточная освещенность рабочего места (естественная и искусственная), видимость предметов.
- наличие у педагога четких врачебных рекомендаций: указание остроты зрения ребенка без коррекции и с коррекцией (то есть с очками), режим ношения очков.
- проведение глазной гимнастики для профилактики переутомления и укрепления глазных мышц;
- использование в работе разнообразных дидактических материалов для тренировок зрительно-моторной координации и аудиовизуальных средств, сообщающих учебную информацию ярко, красочно, наглядно через систему образов.

Требования к организации работы с детьми с нарушением зрения в ДОУ

Игра-задание для педагогов: «Верно-неверно»

Задание: «Определите верны или неверны следующие высказывания, исправьте при необходимости».

Дети с низкой остротой зрения занимают первые места.

При светобоязни нужно посадить ребенка так, чтобы не было прямого раздражающего попадания света в глаза.

При расходящемся косоглазии место ребенка на занятиях в центре.

При разной остроте зрения обоих глаз ребенка необходимо посадить лучше видящим глазом к центру.

Расстояние от глаз ребенка до рабочей поверхности должно быть не менее 30 см.

Темп занятий должен быть снижен.

Обязательно проводить специальную гимнастику для глаз, физкультминутки и минуты отдыха.

При демонстрации цветных изображений использовать яркие, насыщенные, натуральные цвета.

Учитывать контрастность фона (чёрно-белый, зелёный, коричневый или оранжевый).

Поверхность пособий должна быть матовой (чтобы не было бликов от света)

Ограничивать непрерывную зрительную работу соответственно возрасту и зрительным возможностям.

На прогулке ребенка с низкой остротой зрения ставить в паре с лучше видящим ребенком: при разной остроте зрения глаз ребенка ставить так, чтобы его держали за руку со стороны хуже видящего глаза; ребенку со светобоязнью – солнцезащитные очки обязательны.

Размещать объекты нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности.

При знакомстве с объектом рекомендуется снижать темп ведения занятия, так как детям с нарушением зрения требуется более длительное время для зрительного восприятия, осмысления задачи, повторного рассматривания, чем нормально видящим детям.

Следует как можно ближе размещать детей с нарушением зрения по отношению к рассматриваемому объекту, кроме того, образец можно показывать и индивидуально.

Следует чаще использовать указки для прослеживания объекта в полном объеме (обводят его контур, часть), на занятиях использовать дополнительный материал: контур, силуэт, рисунок, мелкие картинки, игрушки, индивидуальные картинки для детей с низкой остротой зрения.

При проведении утренней гимнастики, подвижных игр и индивидуальной работы по развитию основных движений следует уменьшить дозировку упражнений с наклонами вниз, прыжками, переворотами со спины на живот, упражнения на животе. На физкультурных занятиях следует использовать приближение горизонтальной, вертикальной цели, большой ее размер, дополнительную страховку в некоторых видах движений, ограничение отдельных видов движений, замедленный показ движений, чтобы дети успели его увидеть, а также чаще подходить к детям для фиксации их правильных движений.

На музыкальном занятии дети с низкой остротой зрения ставятся за детьми с более высокой остротой зрения, равными им по темпу движения, чтобы был ориентир для передвижения в пространстве.

Нужно постоянно следить за позой детей в разных видах деятельности, за организацией игрового места ребенка вне занятий (свет, поза, подбор игрового материала определенного размера, яркости), за сменой деятельности вне занятий, например, через 15-20 мин. игры с наклоном головы сменяют подвижными играми с подъемом головы. Во всех видах деятельности этим детям необходимо дополнительно подходить к рассматриваемому предмету, объекту.

Учитель-дефектолог Новожилова А.Е.

(Слайд 21)

ДЦП.

Спаستическая диплегия, эпилепсия

Спастическая диплегия (G 80.1) Полина Ч. – форма детского церебрального паралича, при которой отмечается полное нарушение нормального функционирования мышц верхних и нижних конечностей. Как правило, ДЦП – это нарушение роста костей и мышечной ткани, а также отклонение от их нормального полноценного развития, вследствие поражения полушария головного мозга. Спастическая диплегия носит второе название – синдром Литтля. Патология характеризуется наличием нижнего спастического парализа или тетрапареза, который преимущественно поражает ноги ребенка. Заболевание относится к группе детского церебрального паралича и является одной из наиболее часто встречаемых форм.

Психические нарушения при ДЦП проявляются в виде расстройств эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности и особенностей личности.

1. Нарушения познавательной деятельности проявляются в отсутствии интереса к занятиям, плохой сосредоточенности, медлительности, низкой умственной работоспособности и концентрации внимания, ухудшении памяти, мышления.

Психические нарушения могут быть от задержки психического развития (ЗПР) до олигофрении в стадиях дебильности или имбецильности.

2. Нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются чаще всего сильной эмоциональной возбудимостью в сочетании с неустойчивостью вегетативных функций, повышенной истощаемостью нервной системы.

В дошкольном возрасте дети отличаются чрезмерной впечатлительностью, склонностью к страхам, двигательной расторможенностью, повышенной эмоциональной возбудимостью.

3. Особенности личности: нередко отмечается задержка развития по типу психического инфантилизма, в своих поступках дети руководствуются в основном эмоциями удовольствия, они эгоцентричны, не подчиняются требованиям коллектива, волевые усилия недостаточны. Больные часто эмоционально неустойчивы, легко истощаемы, инертны, игровая деятельность их бедна и однообразна.

Наблюдается дисгармония развития личности с неустойчивым настроением и сложной социальной адаптацией. На тяжесть психических нарушений влияют характер и степень двигательных изменений.

Виды проблемного поведения

Есть четыре основных категории проблемного поведения, каждая из которых может проявляться как в легкой, так и в тяжелой форме.

- **Самоповреждение** — когда человек бьется головой, царапает себя и окружающих, толкается, давит себе на глазные яблоки, скрипит зубами, ест не пищевые продукты.
- **Агрессивное поведение** — физическая агрессия, направленная на окружающих, порча имущества, вербальная агрессия, крики и т.д.
- **Стереотипное поведение** — повторяющиеся действия, в том числе с предметами, повторяющаяся речь, раскачивание из стороны в сторону.
- **Не-персонифицированные действия** — порча имущества, гиперактивное поведение, кражи, неподобающее сексуальное поведение, истерики, отсутствие чувства опасности.

Какая связь между церебральным параличом и проблемным поведением?

Значительная часть детей с ДЦП также испытывает трудности с обучением. Проблемное поведение чаще всего возникает у представителей именно этой группы, особенно если человек не обладает навыками коммуникации.

Факторы риска

Есть три важных фактора, влияющих на развитие проблемного поведения при ДЦП:

- Насколько сильно повреждена нервная система
- Насколько сильно нарушен интеллект
- Есть ли эпилепсия (особенно если приступы не купированы)

Причины проблемного поведения

Проблемное поведение может быть вызвано в том числе биологическими/медицинскими причинами. Самоповреждающее поведение свойственно некоторым генетическим заболеваниям. Удары головой могут помогать человеку поддерживать нужную степень стимуляции или возбуждения.

Сложное поведение и психическое нездоровье — не одно и то же. Проблема может быть вызвана в том числе и ментальными нарушениями, которые в прочем будет непросто диагностировать, особенно если у человека есть проблемы с коммуникацией.

Проблемное поведение может быть попыткой коммуникации. Причиной может быть чувство голода, жажды или дискомфорта. Если в вашем случае это действительно так, будет правильно попытаться обучить ребёнка более приемлемым способам коммуникации.

Проблемное поведение может быть вызвано плохим обращением, стрессом, обидой, тревогой, чувством боли или дискомфорта. Отказ от сотрудничества, сопряженный с истерикой (например во время приема пищи) может быть единственным способом, при помощи которого ребёнок, может выразить свои эмоции.

Проблемное поведение может возникать в ответ на события в окружающей среде, куда можно отнести как избыточную, так и недостаточную стимуляцию, или просто плохие условия существования (например не комфортная температура, чрезмерно высокий уровень шума), противоречия в действиях тех, кто осуществляет уход (разница в умениях и навыках, осведомленности, подходах).

Поведение может быть вызвано как окружающей средой, так и действиями и подходом педагога и тех, кто осуществляет уход за ребёнком.

Другие факты о проблемном поведении

Чаще всего нежелательное поведение несет следующую функцию:

- самостимуляция
- привлечение внимания
- избегание

Некоторые дети демонстрируют только одну форму нежелательного поведения, тогда как другие показывают целые кластеры поведенческих реакций сразу — например агрессия, истерика и деструктивное поведение могут возникать одновременно.

Исследования показывают, что проблемное поведение можно ослабить, если обучить ребёнка базовым навыкам вербальной или не вербальной коммуникации, что позволит ему сообщать о своих потребностях в более подходящей форме.

Работа с нежелательным поведением при ДЦП

Первая из возможных причин, которую нужно рассмотреть всесторонне — проблемы со здоровьем. Соответствующие специалисты могут провести процедуру экспериментального функционального анализа, которая позволит проанализировать все аспекты, влияющие на поведение ребёнка: способности и умения, состояние окружающей среды, топографию самого поведения. Таким образом, анализу подвергается не только само поведение, но и все, что, так или иначе, оказывает на него влияние.

Важно предъявлять к человеку разумные требования, основанные на тщательной оценке когнитивных способностей (интеллектуального уровня), физического состояния, личностных особенностях, способности справляться с трудностями и предыдущем поведении.

Эпилепсия (G40) Полина Ч. - одно из самых распространенных хронических неврологических заболеваний человека, проявляющееся в предрасположенности организма к внезапному возникновению судорожных приступов. Несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении этой болезни, у многих больных существующие методы лечения не позволяют добиться адекватного контроля припадков либо вызывают существенные побочные эффекты.

Поведенческое расстройство у детей

Показано, что у детей, страдающих некоторыми типами (особенно височной эпилепсией), вероятность проявлений антисоциального поведения выше, чем в норме. Такое поведение не связано непосредственно с припадками и вполне вероятно является следствием сложного взаимодействия многих факторов, в том числе поражения головного мозга, негативного семейного влияния, эффекта лекарственной терапии.

Эпилепсия значительно чаще отмечается среди лиц с умственной отсталостью. Это является отражением глубинного расстройства головного мозга, которое может лежать в основе обоих состояний. Очевидно, что тяжелые припадки могут вести к поражению головного мозга, которое может усиливать уже существующую степень психической ограниченности субъекта.

Многие исследователи считают, что изменения психики при эпилепсии возникают в силу ряда причин, среди которых выделяют:

- органические поражения мозга, обуславливающие очаговые и системные (связанные с перестройкой работы мозга) дисфункции, ведущие к общим изменениям психики и личности;
- ранний возраст манифестации заболевания, приводящий к измененному развитию несформировавшейся психики;
- стрессовые факторы, сопровождающие наличие эпилептических припадков и ведущие к развитию депрессии, тревожности;
- действие противосудорожной терапии на эмоциональную, интеллектуальную и когнитивную сферы ребенка.

Психические нарушения детей с эпилепсией:

- эмоционально не устойчивы;
- склонны к аффективным вспышкам, раздражительны, неадекватны;
- склонны к перепадам настроения;
- им трудно переходить от одного вида занятия к другому и усваивать новое;
- наблюдается снижение внимания;

- стереотипность поведения, им трудно приспособиться к новой обстановке, новому режиму, даже незначительные изменения в установленном порядке в жизни могут приводить их в состояние возмущения;
- часто находятся в подавленном, тоскливом состоянии;
- нередко бывает, свойственна жестокость с чертами садизма.

Учитель-логопед Васина А.А.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (бессудорожная эпилептическая дисфункция)

Согласно проекту классификации эпилептических синдромов, который создан **Международной противоэпилептической лигой**, *эпилептические энцефалопатии* внесены в рубрику ЭС (в этот раздел классификации отнесены эпилепсии и эпилептические синдромы, при которых эпилептиформные нарушения приводят к прогрессирующей мозговой дисфункции).

Эпилептическая энцефалопатия - состояние, при котором эпилептический процесс как таковой ведет к прогрессирующим нарушениям функций мозга.

Эпилептическая энцефалопатия - бессудорожный эпистатус, проявляющийся длительными нарушениями поведения от ступора до минимальных изменений и характерными изменениями на ЭЭГ.

Хотя эпилептические энцефалопатии описывают главным образом как расстройства детского возраста, они могут встречаться и в более взрослом возрасте, по некоторым данным – после 17–20 лет, в отдельных случаях – старше.

При бессудорожных эпилептических энцефалопатиях наиболее характерны жалобы общего астенического плана на быструю утомляемость, сниженные работоспособность и усидчивость, повышенную нервозность, эпизодические головные боли напряжения.

Нарушения, наблюдающиеся при эпилептических энцефалопатиях, представляют почти весь спектр симптоматики психических и поведенческих расстройств МКБ-10.

Как следует из изложенного, *лечение психических, поведенческих и когнитивных, нейropsychологических расстройств, обусловленных эпилептической энцефалопатией, должно быть направлено на подавление эпилептиформной активности*, поскольку именно эпилептические разряды в мозге и вызывают нарушение высших функций, проявляющееся соответствующей психопатологией.

Лечение комплексное: охранительный, щадящий режим, соблюдение соответствующей диеты, индивидуальный подбор противосудорожных препаратов, Распорядок дня больного следует строго регламентировать. Необходимо исключить дополнительные и эмоциональные нагрузки. Время перед сном должно быть свободно от возбуждающих воздействий — просмотра кинофильмов, телевизионных передач, шумных игр и др. Перед сном рекомендуются прогулки. Длительность сна должна быть не менее 8-10 ч. Необходимо ограничить прием острой и соленой пищи, употребление жидкости.

Дети, страдающие эпилепсией, являются группой риска по развитию когнитивных нарушений. Встречаются как больные с выраженным повреждением

мозга и неврологическим дефицитом, так и совершенно нормальные в неврологическом отношении дети с нормальным интеллектом.

Воспитателям и педагогам-дефектологам, имеющим дело с детьми, больными эпилепсией, необходимо правильно ориентироваться в тех случаях, когда у ребенка развивается судорожный приступ. Чтобы ребенок не нанес себе ушибов и повреждений во время припадка, его нужно положить на что-либо мягкое, а голову поддерживать руками. Во избежание прикуса языка в рот следует вложить жгут из носового платка или полотенца. Во время приступа нельзя давать ребенку какие-либо лекарства или воду (жидкость может попасть в дыхательное горло и вызвать острую остановку дыхания). Ребенка необходимо освободить от стесняющей одежды. Не рекомендуется во время припадка переносить больного. После приступа его укладывают в изолированном помещении, обеспечивая достаточный приток свежего воздуха и спокойный сон.

Обучение надо строить на основе данных анализа психопатологических черт и особенностей интеллекта данного ребенка. Надо направить в нужное русло такие черты больных эпилепсией, как аккуратность, педантизм, настойчивость, склонность к стереотипии и т.д. Занятия с детьми не должны быть слишком разнообразными и различающимися по структуре и оформлению. Смена учебных комнат, рабочего места или порядка проведения занятий в значительной степени осложняют процесс усвоения знаний и навыков. Поскольку у больных преобладает наглядно-образное мышление, в процессе обучения следует максимально использовать иллюстративный материал.

Нужно позаботиться о создании такой обстановки, в которой во время занятий больной ребенок испытывал бы положительные эмоции и хотел учиться. В центре внимания педагога-дефектолога должна находиться коррекция таких патологических черт, как злобность, агрессивность, жадность и т.п. Доброе, ласковое, внимательное отношение к детям является залогом успеха коррекционно-педагогических мероприятий.

Упрямство, негативизм, озлобленность педагогу не следует преодолевать путем приказа. Лучше переключить ребенка на какую-либо деятельность, с которой он хорошо справляется. Для того чтобы преодолеть склонность к «застреванию» на своих переживаниях, детей надо включать в различные виды деятельности и при этом оказывать им нужную помощь. Большую роль в социальной адаптации больных, страдающих эпилепсией, играет организация их трудовой деятельности. Таких больных следует привлекать к общественно полезной кружковой работе. При этом надо регулировать их стремление взять на себя командную роль.

3. Заключительная часть

Учитель-логопед Леванова Н.В.

«Аномальное развитие – не дефектное, а своеобразное развитие, не ограничивающееся отрицательными признаками, а имеющее целый ряд положительных, возникающих в силу приспособления ребёнка с дефектом к миру»

Л.С. Выготский

(Слайд 22)

«Мир «особого» ребенка
Интересен и пуглив.
Мир «особого» ребенка
Безобразен и красив.
Неуклюж, порою странен,
Добродушен и открыт
Мир «особого» ребенка.
Иногда он нас страшит.
Почему он агрессивен?
Почему он так закрыт?
Почему он так испуган?
Почему не говорит?
Мир «особого» ребенка –
Он закрыт от глаз чужих.
Мир «особого» ребенка
Допускает лишь своих!»

(Слайд 23)

Спасибо за внимание!