

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования
«Мозырский государственный педагогический университет
имени И. П. Шамякина»

Е. Н. Михайлова, Н. С. Шаринец

ОСНОВЫ МЕТОДИКИ
КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ
С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ФИЗИЧЕСКОГО И (ИЛИ) ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

*Рекомендовано учебно-методическим объединением
по педагогическому образованию в качестве учебно-методического пособия
для студентов учреждений высшего образования,
обучающихся по специальностям 1-03 03 01 Логопедия;
1-03 03 05-03 Логопедия. Специальная психология*

Мозырь
МГПУ им. И. П. Шамякина
2013

УДК 376 (078)
ББК 74. 3я7
М 69

Авторы:

Е. Н. Михайлова, старший преподаватель кафедры практической психологии и дефектологии УО МГПУ им. И. П. Шамякина;
Н. С. Шаринец, старший преподаватель кафедры практической психологии и дефектологии УО МГПУ им. И. П. Шамякина

Печатается по решению редакционно-издательского совета учреждения образования
«Мозырский государственный педагогический университет имени И. П. Шамякина»

Михайлова, Е. Н.

М 69 Основы методики коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития : учеб.-метод. пособие / Е. Н. Михайлова, Н. С. Шаринец. – Мозырь : МГПУ им. И. П. Шамякина, 2013. – 284 с.
ISBN 978-985-477-338-4.

Учебно-методическое пособие предназначено для изучения важнейшего раздела учебной дисциплины «Основы методики коррекционно-развивающей работы». Включает теоретический материал, вопросы и задания для самоконтроля, методический материал для осуществления диагностической и коррекционно-развивающей работы будущими учителями-дефектологами в процессе проведения практических, лабораторных занятий и педагогической практики в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

Рекомендуется студентам учреждений высшего образования, обучающимся по специальностям 1-03 03 01 Логопедия; 1-03 03 05-03 Логопедия. Специальная психология, а также слушателям факультета повышения квалификации и переподготовки кадров специальности 1-03 03 71 Логопедия.

УДК 376 (078)
ББК 74. 3я7

ISBN 978-985-477- 338-4

© Михайлова Е. Н., Шаринец Н. С., 2013
© УО МГПУ им. И. П. Шамякина, 2013

Учебное издание

Михайлова Екатерина Николаевна
Шаринец Наталия Семёновна

ОСНОВЫ МЕТОДИКИ
КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ
С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО
И (ИЛИ) ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Учебно-методическое пособие

Корректор *Л. В. Журавская*
Оригинал-макет *Л. И. Федула*
Компьютерный дизайн обложки: *Е. В. Лис, Л. В. Клочкова*

Подписано в печать 26.12.2013. Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Ризография. Усл. печ. л. 17,75.
Тираж 201 экз. Заказ 55.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования
«Мозырский государственный педагогический университет
имени И. П. Шамякина».
ЛИ № 02330/0549479 от 14 мая 2009 г.
Ул. Студенческая, 28, 247760, Мозырь, Гомельская обл.
Тел. (0236) 32-46-29

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. Теоретические основы методики коррекционно-педагогической работы с детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития	7
1.1 Понятие о сложной структуре дефекта. Тяжелые и (или) множественные нарушения физического и (или) психического развития (ТМНР).....	7
1.2 Этиология, распространенность, нозологические варианты, особенности проявления клинической симптоматики и типология ТМНР.....	11
1.3 Ограничения во взаимодействии с окружающей средой лиц с ТМНР.....	20
1.4 Концепция нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями.....	35
1.5 Комплексный характер лечебной и психолого-педагогической помощи.....	36
1.6 Реализация коррекционно-компенсирующей и социально-адаптирующей направленности образования.....	39
2. Психолого-педагогическая диагностика развития детей с ТМНР	58
2.1 Задачи и методы изучения ребенка с ТМНР.....	58
2.2 Специфические требования к организации и проведению психолого-педагогического обследования детей с ТМНР.....	64
2.3 Требования к характеристикам стимульного материала.....	67
2.4 Качественные параметры оценки выполнения диагностических заданий.....	69
2.5 Динамическое изучение детей с ТМНР в процессе коррекционного воспитания и обучения.....	71
2.6 Структура и содержание индивидуальной программы развития ребёнка с ТМНР.....	99
3. Особенности организации и содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с ТМНР в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации	11
3.1 Организация образовательного процесса в ЦКРОиР.....	11
3.2 Цель и задачи коррекционно-педагогической работы с детьми с тяжёлыми нарушениями.....	11
	6

3.3	Участие семьи ребёнка в коррекционно-педагогической работе ...	11
		9
3.4	Учебный план ЦКРОиР и программно-методическое обеспечение образовательного процесса ЦКРОиР	12
		4
3.5	Средовые ресурсы в обучении и воспитании детей с тяжёлыми нарушениями в условиях ЦКРОиР	14
		3
	4. Использование метода базальной стимуляции в коррекционно-педагогической работе с детьми с ТМНР	15
		6
4.1	Сущность и назначение метода базальной стимуляции. Принципы реализации метода базальной стимуляции и основные требования к нему	15
		6
4.2	Виды базальной стимуляции: соматическая, вестибулярная, вибрационная.....	15
		9
	5. Использование метода сенсорной интеграции в коррекционно-педагогической работе с детьми с ТМНР	17
		3
5.1	Понятие о сенсорной интеграции. Дисфункция сенсорной интеграции, её проявления в поведении ребёнка с ТМНР.....	17
		3
5.2	Сущность и назначение метода сенсорной интеграции. Виды упражнений, направленных на улучшение сенсорной интеграции детей с ТМНР	17
		5
5.3	Сенсорная комната и особенности организации коррекционно-педагогической работы в ней	17
		7
	6. Использование метода эрготерапии в коррекционно-педагогической работе с детьми с тяжёлыми и множественными нарушениями развития	18
		2
6.1	Сущность эрготерапии и содержание деятельности эрготерапевта.....	18
		2
6.2	Реализация метода эрготерапии при обучении детей с ТМНР	18
		5
	7. Использование метода совместно-разделённых действий в обучении самообслуживанию детей с тяжёлыми и множественными	

нарушениями развития	19
	5
7.1 Методы обучения самообслуживанию в коррекционно-педагогической работе с детьми с ТМНР	19
	5
7.2 Реализация метода совместно-разделённых действий в обучении самообслуживанию детей с ТМНР.....	19
	9
7.3 Адаптация среды при обучении детей с ТМНР самообслуживанию	20
	2
7.4 Основные особенности формирования умений самообслуживания у детей с ТМНР.....	20
	4
8. Дидактические материалы для проведения коррекционно-педагогической работы по социальной адаптации детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития	21
	9
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	24
	9
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ И ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	25
	1
ПРИЛОЖЕНИЕ	26
	6

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития нашего общества государственная политика в области образования и воспитания детей с особенностями психофизического развития ориентирована на идеи гуманизма, реализации личностного потенциала, приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья детей. Внимание специалистов в последние годы сосредотачивается на поиске возможностей оказания коррекционной помощи детям с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития (ТМНР), ещё недавно считавшимся практически необучаемыми.

Ребёнку с тяжёлыми и множественными нарушениями необходимы и лечение, и образование, и реализация права на максимально возможную независимость и самостоятельность. Разнообразные по проявлениям психофизические нарушения затрагивают все стороны жизнедеятельности ребёнка, требуют междисциплинарного подхода к преодолению или компенсации целого ряда обусловленных ими ограничений жизнедеятельности. Большинство детей данной категории испытывают трудности в налаживании контактов с окружающими людьми, зачастую не умеют выразить свои желания и потребности таким образом, чтобы это было понятно другому человеку. Дети слабо ориентированы в окружающем предметном и социальном мире, не в состоянии самостоятельно выполнять многие жизненно необходимые функции, нуждаются в постоянной помощи и поддержке, специальной организации их повседневной жизни.

Наш современник – российский слепоглухой профессор А.В. Суворов – подчёркивает, что детям надо, прежде всего, учиться. Он считает, доказывая это собственным примером и опытом других выдающихся людей, что личностная полноценность возможна и при неустранимых медицинских патологиях – если не всех, то многих из них.

Роль специальной психолого-педагогической помощи, поддержки развития ребёнка заключается, как минимум, в том, что она:

- способствует овладению определенным запасом знаний, умений и навыков, необходимых для жизни;
- помогает компенсировать недостатки речевого, психического, познавательного развития;
- способствует личностному развитию (в ходе специальной работы психолога и педагогов формируются такие качества как самостоятельность, уверенность в себе, независимость от окружающих, целеустремлённость);
- помогает наладить отношения и взаимопонимание между родителями и ребёнком, понять взрослым возможности, потребности, интересы конкретного ребёнка.

Образовательный стандарт специальностей: 1-03 03 05-03. Логопедия. Специальная психология; 1-03 03 01. Логопедия; 1-03 03 71. Логопедия – предусматривает изучение учебной дисциплины «Основы методики

коррекционно-развивающей работы». Это одна из ведущих учебных дисциплин блока специальности в процессе вузовской подготовки учителей-дефектологов. Раздел данной дисциплины «Основы методики коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития» раскрывает сущность, этиологию, нозологические варианты и клинические проявления тяжелых множественных нарушений развития, подходы к их классификации; специфичность образовательных потребностей детей данной категории, содержание и методику психолого-педагогической диагностики их развития; методы и направления коррекционно-развивающей работы в условиях ЦКРОиР. Освоение содержания названного раздела способствует формированию умений составлять индивидуальную программу развития ребёнка с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) на основе диагностических данных, адаптировать приёмы и средства коррекционно-педагогической работы с учётом индивидуальных образовательных потребностей детей с ТМНР.

Актуальность данного учебно-методического пособия связана с необходимостью повышения уровня профессиональной компетенции будущих учителей-дефектологов, формирования готовности к практическому взаимодействию с одной из сложнейших и ещё недостаточно глубоко изученной категорией детей. В пособие включены практические рекомендации по организации и содержанию коррекционно-развивающей работы, построенной с учётом диагностических данных о ребёнке; диагностический материал; занимательные дидактические игры и упражнения, которые могут использоваться в работе с детьми и их родителями.

Структура пособия включает в себя оглавление, введение, семь глав в соответствии с модулями учебной программы «Основы методики коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития», заключение, список использованной и рекомендуемой литературы. В конце каждой главы с целью самоконтроля и самоподготовки студентов предложены вопросы и тестовые задания, выдержки оригинальных авторских текстов. Материал восьмой главы и приложения может быть использован студентами на практических, лабораторных занятиях, а также во время педагогической практики.

Авторы выражают глубокую признательность кандидату педагогических наук, доценту А.М. Змушко и кандидату педагогических наук, доценту Т.В. Вареновой за осуществление научного консультирования при подготовке пособия, а также благодарность администрации и учителям-дефектологам государственных учреждений образования «Мозырский районный центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» и «Калинковичский районный центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» Гомельской области РБ за сотрудничество при подготовке материалов.

1. Теоретические основы методики коррекционно-педагогической работы с детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития

1.1 Понятие о сложной структуре дефекта. Тяжелые и (или) множественные нарушения физического и (или) психического развития (ТМНР)

Создание единой системы комплексной помощи детям, имеющим сложные нарушения развития, является одним из приоритетных направлений современного специального образования. Однако отрасль науки, занимающаяся вопросами изучения лиц со сложными нарушениями, достаточно молодая и среди исследователей до сих пор нет единства в подходах к определению терминов, классификации, вопросам изучения данной категории лиц.

В Кодексе Республики Беларусь об образовании предложена следующая трактовка терминов:

множественные физические и (или) психические нарушения – два и более физических и (или) психических нарушений, подтвержденных в порядке, установленном законодательством;

тяжелые физические и (или) психические нарушения – физические и (или) психические нарушения, выраженные в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами специального образования является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получением элементарных трудовых навыков [68].

Термины, имеющие определённое отношение к обобщённому понятию «тяжёлые и множественные нарушения» используются как в отечественной, так и в зарубежной специальной литературе. Наряду с ним употребляется ряд схожих по значению названий нарушений развития: «сложные», «сочетанные», «комбинированные» (нарушения), «сложная структура нарушения (дефекта)», «сложный дефект» и так далее.

Раскроем основные подходы современных исследователей к определениям терминов данной группы.

Итак, известно, что нарушение развития может быть *единичным* (изолированным) или *сложным* (множественным).

Единичное нарушение – это нарушение какой-то одной системы организма. Например, это только нарушение зрения или только нарушение слуха. Однако известно, что изолированное повреждение слухового анализатора вызывает выпадение слуховой чувствительности и ведет к нарушению формирования речи. Для ребенка с врожденной глухотой развитие словесной речи становится невозможным без специального

обучения и применения технических средств. В свою очередь, отсутствие словесной речи неизбежно сказывается на развитии мышления ребенка, что выступает в качестве недостатков третьего порядка; их следствием выступают другие недостатки психического развития. То есть имеет место *сложная структура единичного нарушения* как следствие неравномерного развития психических функций и своеобразия межкомпенсаторных процессов. В трудах Л. С. Выготского интерпретируется понятие первичных и вторичных симптомов, их соотношение при несвоевременном или неправильном педагогическом воздействии. Структура дефекта, как установил Лев Семёнович, не сводится к симптомам, непосредственно связанным с поврежденными биологическими системами (анализаторами или ЦНС), что он относил к первичным симптомам нарушений. Вторичными отклонениями, непосредственно не связанными с основным нарушением, но обусловленные этим нарушением, Лев Семенович считал недоразвитие высших психических функций, например, речи и мышления у глухих, опосредованной культурной памяти у умственно отсталых, восприятия и пространственной ориентировки у слепых, а также нарушения поведения. Чем дальше отстоит нарушение от пораженного органа и связанного с ним первичного отклонения, тем легче оно поддается коррекции. Выготский показал, как соотношение первичных, вторичных и последующих, наслаивающихся на них отклонений, усложняет структуру нарушения развития и правильное его понимание [24]; [29].

Точно так же могут быть указаны первичные, вторичные и другие недостатки психического развития при повреждении только органов зрения или при органическом повреждении центральной нервной системы, как это имеет место при умственной отсталости или при детском церебральном параличе [12].

Такие авторы, как Н. А. Александрова, Т. А. Басилова, М. Г. Блюмина, В. Н. Чулков, под *сложными нарушениями* развития понимают наличие двух или более выраженных первичных нарушений у одного ребенка. Первичные нарушения, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждениями *разных систем организма*. Каждое нарушение существует в комплексе с характерными для него вторичными расстройствами, обуславливающими особенности всей психической жизни ребенка и его развития и чрезвычайно усложняющими общую структуру дефекта, затрудняя его компенсацию. По мнению Т. А. Басиловой (2002), *множественные нарушения* – это сочетание трех и более нарушений, выраженных в разной степени и приводящих к различным отклонениям в развитии и отягощающих структуру нарушения. К ним относятся те виды глубокого органического поражения центральной нервной системы (ЦНС), следствием которых являются нарушения развития у ребенка с глубокой

умственной отсталостью, поскольку выраженная умственная отсталость сопровождается нарушениями развития или поражениями многих областей коры головного мозга, отвечающими за сенсорную, двигательную и речевую сферы.

В. Н. Чулков (2001) к множественным нарушениям относит также сочетание у одного ребенка целого ряда небольших отклонений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например, при сочетании небольших нарушений мелкой моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи [138].

В качестве синонима понятию «сложное нарушение» используются понятия: сложный дефект; сложные аномалии развития; сочетанные нарушения; комбинированные нарушения; сложная структура нарушения (дефекта). Зачастую можно встретить такие понятия, как: осложненный дефект; множественный дефект; множественный вид нарушения и другие. При этом специалисты разводят понятия *осложненный* дефект и *множественный*, отмечая различную структуру нарушения.

Так, Т. А. Басилова (2002) под **осложненным дефектом** понимает одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма как результат воздействия определенного неблагоприятного фактора.

В. Н. Чулков (2001) отмечает наличие осложненного дефекта у детей с одним существенным психофизическим нарушением (ведущим) и сопутствующим ему другим нарушением, выраженным в слабой степени, но заметно отягощающим ход развития.

Анализ зарубежной психолого-педагогической литературы позволил также выделить понятия «множественное нарушение» и «тяжёлое нарушение». Так, в немецкой педагогической терминологии «множественное нарушение» («*Mehrfachbehinderung*») определяется как комплексный синдром, частью которого является интеллектуальная недостаточность, комбинированная со слепотой, тяжелым нарушением поведения, глухотой, опорно-двигательными или соматическими нарушениями [20]; [44]; [157]; [170].

В англоязычных странах термин «множественное нарушение» («*multiple disability*») также используется в психолого-педагогической и нормативно-правовой литературе. В частности, Федеральный закон США о специальном образовании (*Individuals with Disabilities Education Act*) дает следующее его определение: «Множественные нарушения означают наличие нескольких недостатков (таких, как умственная отсталость и слепота, умственная отсталость и опорно-двигательные нарушения и т.д.), комбинация их является причиной особых образовательных потребностей, которые не могут быть учтены рамками специальных образовательных программ, рассчитанных на какое-то одно из имеющихся нарушений. Термин, однако, не охватывает слепоглухоту» [75].

Следовательно, данное понятие представляет собой не сумму различных ограничений, а сложное переплетение и взаимосвязи между всеми нарушениями, составляющими ее структуру.

В нормативно-правовой и психолого-педагогической литературе западноевропейских стран и США также используется понятие «тяжёлое нарушение» (*Schwerbehinderung, severe disability*). Подчёркивая особую необходимость индивидуализации обучения, при определении данного понятия исследователи сходятся в том, что степень нарушения превышает умеренный и средний уровни, следовательно, возможности обучения лиц с тяжёлыми нарушениями более ограничены и не могут определяться лишь существующими образовательными стандартами [98].

Ряд зарубежных авторов объединяет лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями в одну группу (*schwer und mehrfachbehinderte Menschen; people with severe and/or multiple disabilities*) [Так, Б. Рэйнфорт, Д. Йорк и К. Макдональд, характеризуя людей с данной категорией нарушений, определяют, что традиционно они были описаны как лица, имеющие глубокую умственную отсталость в совокупности с другими нарушениями (поведения, сенсорики, моторики) [75].

Таким образом, на современном этапе понятие «тяжёлые и множественные нарушения» трактуется неоднозначно. Вместе с тем, ряд его определений включает общие компоненты, которые позволяют выделить следующую **структуру** понятия «тяжёлые и множественные нарушения развития»:

- совокупность различных психофизических нарушений вследствие органического поражения ЦНС;
- высокая степень выраженности нарушений (в первую очередь нарушений интеллекта и речи), при этом интеллектуальная недостаточность (чаще олигофрения) имеет атипичный характер, что не укладывается в традиционные представления [153]; [154].
- существенное влияние совокупности нарушений на развитие личности в целом;
- потребность в интенсивной помощи, превышающей размеры поддержки, оказываемой при каком-то одном определенном нарушении, в силу ее недостаточности;
- необходимость создания адаптированной среды.

Лицам с ТМНР требуется в той или иной мере постоянная и интенсивная поддержка более чем в одной жизненно важной деятельности (самообслуживание, коммуникация, передвижение, предметная деятельность) для того, чтобы они могли участвовать в жизни своего сообщества и вести образ жизни, доступный людям с меньшими нарушениями или не имеющими таковых вообще.

1.2 Этиология, распространенность, нозологические варианты, особенности проявления клинической симптоматики и типология ТМНР

Существует большое количество классификаций сложных и множественных нарушений, предложенных Н. А. Александровой, Т. А. Басиловой, В. Н. Чулковым, А. В. Ярмоленко и др. Основаниями для этих классификаций служит: этиопатогенез, время наступления, сочетанность и выраженность нарушений, наличие или отсутствие сенсорного дефекта.

Этиология. Тяжёлое и (или) множественное нарушение развития у одного ребенка может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными по происхождению. Например, один дефект может иметь эндогенное (генетическое), а другой – экзогенное происхождение; каждый из дефектов может иметь причиной разные экзогенные и т. д.

Можно рассматривать несколько вариантов этиологически сложного нарушения:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);
- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);
- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);
- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;
- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

Наиболее изучены такие варианты сложных нарушений, когда *одно* заболевание (наследственное или экзогенное) может стать причиной тяжёлого или даже множественного нарушения развития у ребенка.

В последние годы все больше данных о том, что в группе множественных нарушений развития *преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение.*

Наследственная болезнь – болезнь, для которой этиологическим фактором является генная, хромосомная или геномная мутация. Последствия наследуемых мутаций, фенотипическое их проявление приводит к определенным симптомам болезни [7].

Так, к наследственным болезням относятся: синдром Марфана, болезнь Олбрайта, дизостозы, отосклероз, пароксизмальная миоплегия, талассемия, гаргоилизм, мышечная дистрофия типа Дюшенна, гемофилии, синдрома Леша – Найхана, болезни Гунтера, болезни Фабри, фенилкетонурия, микроцефалия, ихтиоз, прогерия, болезнь Нимана-Пика, туберозный склероз, синдром Мартина-Белл (ломкой X-хромосомы), синдромы Дауна, Клайнфельтера, Прадера-Вилли, Вильямса, Ангельмана, Шерешевского-Тернера, Корнелии де Ланге, Эдвардса, Рубинштейна-Тейби, «кошачьего крика», синдром Ушера и др. [7].

Факторы риска возникновения наследственных заболеваний:

- физические факторы (различные виды ионизирующей радиации, ультрафиолетовое излучение);
- химические факторы (инсектициды, гербициды, наркотики, алкоголь, некоторые лекарственные препараты и др. вещества);
- биологические факторы (возраст родителей, вирусы оспы, ветряной оспы, эпидемического паротита, краснухи, гриппа, кори, гепатита и др.).

Особенностями генетических заболеваний являются прогрессирующие, проявляющиеся одновременно нарушения разных систем организма. Классический пример множественного дефекта хромосомного происхождения – синдром Дауна, когда, кроме отставания в умственном развитии, в 70% случаев имеются легкие нарушения слуха, в 40% – нарушения зрения, а у части детей – двойное сенсорное нарушение.

Известны наследственные синдромы, которые дают прогрессирующее ухудшение движений, слуха и зрения уже в дошкольном возрасте. Например, при врожденной атрофии зрительных нервов обоих глаз и сахарном диабете у ребенка с нормальным при рождении слухом может наступить нейросенсорная глухота (утрата слуха, обусловленная поражением слухового нерва). Известен также высокий риск тотальной отслойки сетчатки у детей с врожденной тяжелой близорукостью и тугоухостью (синдром Маршалла). От 3 до 6% детей с врожденным нарушением слуха страдают прогрессирующим с возрастом нарушением зрения в виде необратимого сужения полей зрения (синдром Ушера). Расщелины губы и неба составляют 86,9% от всех врожденных пороков развития лица и являются частыми симптомами наследственных болезней.

В настоящее время описано множество наследственных синдромов, при которых нарушение слуха сочетается с рядом других нарушений (с болезнями внутренних органов – эндокринной системы, сердца, почек; заболеваниями ЦНС; нарушениями скелетно-мышечной системы, кожных покровов и зрения).

Такие болезни до сих пор еще не поддаются лечению, но выражение «наследственное – значит неизлечимое» сегодня уже не звучит как роковая обреченность. Успехи современной медицины, конечно, сегодня не могут полностью решить в проблеме наследственных заболеваний всех вопросов лечения этой патологии. Однако возможность помочь больному есть. В тех случаях, когда наследственное заболевание не приводит к грубому дефекту развития, своевременное лечение позволяет в какой-то мере уменьшить страдания больного, облегчить его участь и в сочетании с психолого-педагогической помощью сделать возможной его социально-трудовую адаптацию.

К *экзогенным* по происхождению заболеваниям, приводящим к сложным и множественным нарушениям, относятся различные пренатально и постнатально перенесенные заболевания, наиболее известные из которых краснуха, корь, токсоплазмоз, туберкулез, цитомегаловирусная инфекция, сифилис. Такие постнатальные заболевания, как корь, скарлатина и нейроинфекции, перенесенные в детском возрасте, также могут привести к множественному дефекту. К тяжёлому нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжёлый диабет и ряд других соматических заболеваний.

Вирус краснухи проникает от заболевшей матери через плаценту в плод и может вызвать множественные пороки развития ребенка. Наибольший риск множественного поражения плода возникает на ранних сроках беременности, когда органы зрения, слуха и кровообращения развиваются наиболее интенсивно. Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями. Примерно 87% пораженных детей имеют нарушения слуха; 46% – врожденный порок сердца; 34% – врожденные нарушения зрения и 39% – трудности в обучении. У части детей все эти пороки развития встречаются одновременно в виде врожденной катаракты обоих глаз, глухоты и врожденного порока сердца. С начала 70-х гг. в развитых странах мира проводятся профилактические прививки против краснухи, которые свели до минимума случаи рождения детей с синдромом врожденной краснухи. В России и Беларуси такие прививки также проводятся с 1995 г.

Другим известным внутриутробным хроническим вирусным заболеванием, которое может привести к сложному дефекту, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Вирус этого заболевания передается при близком контакте и считается наиболее распространенным среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у детей почти без видимых симптомов и подтверждается только после лабораторных исследований. Как следствие этой врожденной инфекции, у детей могут возникать изолированные нарушения (врожденная косолапость, глухота, деформация нёба и микроцефалия) или комплексные

(глухота и нарушения зрения в виде хориоретинита или атрофии зрительных нервов, ДЦП и глухота и т. д.). Поскольку в последние годы успешно проводится профилактика внутриутробной краснухи, ЦМВ остается наиболее опасной инфекцией, последствием которой могут быть врожденные сложные нарушения у детей.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушений зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери токсоплазмозом, сифилисом и пр.

В последние годы специалисты отмечают рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными и спасенными благодаря достижениям современной медицины. Примерно у 11% недоношенных детей обнаруживаются аномалии развития глаз, приводящие к глубоким нарушениям зрения и даже слепоте. *Ретинопатия недоношенных* (РН) (заболевание сетчатки глаза, обусловленное поражением ее сосудов) развивается у глубоко недоношенных детей при неадекватном кислородном режиме во время искусственного вынашивания в кювезах. Как следствие глубокой недоношенности у таких детей могут наблюдаться и нарушения слуха. В настоящее время среди специалистов нет единого мнения о причинах и механизмах возникновения РН. Известно, что риск развития этого заболевания выше у детей, перенесших тяжелые инфекции, кровоизлияния в желудочки мозга, синдром дыхательных расстройств, длительную кислородотерапию с подачей 80–100% кислорода и возникновением чрезмерной концентрации его в крови. Есть убедительные данные и о повреждающем действии света на незрелую сетчатку.

В основе заболевания лежит нарушение нормального роста сосудов сетчатой оболочки глаза, которое при прогрессирующем течении приводит к появлению очагов поражения (III стадия), а затем к частичной (IV стадия) или полной (V стадия) отслойке сетчатки. Активная фаза заболевания длится в среднем 3–6 месяцев и завершается либо обратным развитием (при I и II стадиях заболевания), либо прогрессированием процесса (до III–V стадий) с развитием остаточных изменений разной степени выраженности. При глубоких стадиях заболевание сопровождается внутриглазными кровоизлияниями, помутнением стекловидного тела, хрусталика, поражением радужки и нарушением подвижности зрачка. Кроме того, рубцовая стадия РН влечет за собой такие осложнения, как косоглазие, нистагм (резкие ритмичные подергивания глазных яблок), глаукома (заболевание глаз, при котором возникает повышение внутриглазного давления, приводящее к нарушению зрения вплоть до слепоты), катаракта (помутнение хрусталика), нарушения рефракции (близорукость и дальнозоркость).

Лечение при ретинопатии недоношенных, при помощи лазерной и криохирургической коагуляции (операция «пришивания» отслоенной

сетчатки глаза при помощи очень низких температур) должно проводиться не позже 72 часов после выявления III стадии заболевания. Эффективность лечения может быть разной и зависит в значительной степени от зоны поражения. Проводят хирургическое лечение и в конечных, рубцовых, стадиях заболевания, чаще всего это удаление поврежденных стекловидного тела и хрусталика.

Анализ остроты зрения у детей разного возраста, перенесших РН, показывает, что при I и II степени РН острота зрения колеблется от 0,2 до 0,9; при III степени – от 0,5 до 0,001; при IV – от 0,05 до светоощущения; при V степени в большинстве случаев это неуверенное светоощущение или тотальная слепота. Напомним, что нормальная острота зрения равна 1,0. Специалисты (Басилова Т. А., Александрова Н. А., 2008) утверждают, что дети, родившиеся глубоко недоношенными и потерявшие зрение в результате РН, могут, однако, достаточно успешно развиваться при адекватной и своевременно оказанной комплексной помощи [12].

Иногда к бисенсорному дефекту добавляется ДЦП или другие нарушения. Иногда глубокая недоношенность является следствием внутриутробно перенесенных инфекционных заболеваний. Но в большинстве случаев причины глубокой недоношенности остаются пока неизвестными.

К неясным по природе причинам множественных нарушений относят сейчас и CHARGE – ассоциацию, объединяющую шесть нарушений у одного ребенка (нарушение зрения в виде колобомы радужки или сетчатки, нарушение сердечной деятельности, трудности глотания и дыхания из-за сужения или атрезии носовых отверстий – хоан, отставание в росте, недоразвитие половых органов, нарушение органов слуха).

Такие *постнатальные* заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции, перенесенные в детском возрасте, также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических заболеваний (болезней внутренних органов неинфекционного происхождения).

В середине 80-х годов XX века М. Г. Блюминой была сделана попытка определить теоретически ожидаемую *распространенность* некоторых видов сложного дефекта (умственной отсталости с дефектами слуха; умственной отсталости с дефектами зрения; нарушений зрения и слуха). Согласно ее расчетам, распространенность сочетанных нарушений слуха и интеллекта должна быть примерно 1 : 10 000, нарушений зрения и интеллекта – 1 : 2000, двойного сенсорного дефекта – 1 : 30 000 [12]; [16].

По данным зарубежных учёных, более 40% детей, которые имеют двигательные и интеллектуальные нарушения, страдают и нарушениями зрения. И, наоборот, не менее 50–60% детей со зрительными нарушениями имеют и другие дополнительные дефекты. Примерно 5% детей

с выраженными нарушениями зрения имеют и нарушения слуха разной степени. 50% детей с ДЦП имеют зрительные трудности. 30% детей с выраженными нарушениями слуха также можно отнести к группе детей со сложными или множественными нарушениями.

Так, рассматривая вопрос о распространенности дополнительных нарушений у детей с интеллектуальной недостаточностью, О. Шпек ссылается на исследования Г. Зондерзорге, Х. Барта (1963), Ф. Хилла (1971). Эти авторы приходят к заключению, что умственную отсталость в большинстве случаев следует квалифицировать как многообразное нарушение. Подтверждают это также работы М. С. Липман. Согласно её утверждению, у 26,11% умственно отсталых детей выявляется одно дополнительное нарушение, у 39,3% – два, у 19,8% – три, у 2,6% – четыре, только у 11,9% (Lipmann M.S., 1979) не обнаружено дополнительных нарушений.

Э. Фишер (Fisher E., 1992), изучая наличие «множественных нарушений» у учащихся 41-й вспомогательной школы в земле Рейнланд-Пфальц (Германия), обнаружил такие нарушения у 11,5% из 1981 обследованного, причем как «дополнительные» рассматривались только определенные физические и сенсорные нарушения. Они распределились следующим образом: телесные нарушения у 76% детей, нарушения зрения – у 23%, нарушения слуха – у 12,8%. Одним из самых распространенных нарушений в структуре комплексного дефекта является речевая патология. Так, от 40 до 60% младших умственно отсталых школьников имеют нарушения фонетической стороны речи (Г.А. Каше, 1957; Д.И. Орлова, 1967). По данным Р. И. Лалаевой (2001), у 65–70% умственно отсталых первоклассников обнаруживается дислексия. Сложные по характеру выраженности речевые нарушения наблюдаются у детей с дефектами зрения, среди которых подобные расстройства встречаются значительно чаще, чем среди зрячих (Л. С. Волкова, 1989) [44].

По данным Т. В. Розановой (2003), у 20–35% глухих и слабослышащих детей наблюдается первичная задержка психического развития, обусловленная недостаточностью центральной нервной системы. Дети, страдающие церебральным параличом, составляют 3–3,5% популяции детей с проблемами слуха.

Нозологические варианты. В настоящее время выделяются различные варианты сочетания недостатков у лиц со сложными и множественными нарушениями.

По сочетанности нарушений можно выделить более 20 видов тяжёлых и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений друг с другом (сложное сенсорное нарушение как сочетание нарушений зрения и слуха; нарушение зрения и системное нарушение речи; нарушения слуха и движений; нарушение зрения и движений),

а также сочетание всех видов этих дефектов с умственной отсталостью разной степени (глухота и умственная отсталость, слепота и умственная отсталость, двигательные нарушения и умственная отсталость; разные сочетания умственной отсталости и сложных сенсорных нарушений при множественном дефекте).

По *выраженности* сочетанных нарушений зрения и слуха детей с этим видом сложного нарушения можно разделить на:

тотально или практически слепоглухих;

слепых слабослышащих;

слабовидящих глухих;

слабовидящих слабослышащих.

Детей с сочетанными нарушениями зрения и речи можно разделить на:

слепых алаликов;

слабовидящих алаликов;

слепых детей с ОНР;

слабовидящих детей с ОНР.

Детей с нарушениями зрения и движений можно разделить на:

непередвигающихся самостоятельно слепых;

непередвигающихся самостоятельно слабовидящих;

слепых с нарушениями движений (остаточные явления ДЦП);

слабовидящих с остаточными нарушениями ДЦП.

Сочетания нарушений слуха и движений можно разделить на:

тяжелые формы ДЦП и глухоты;

тяжелые формы ДЦП и тугоухости;

легкие формы ДЦП и глухоты;

легкие формы ДЦП и тугоухости.

Возможно множество сочетаний, разных по выраженности сенсорных и двигательных нарушений, с разной по глубине интеллектуальной недостаточностью [13]; [16]; [18]; [133].

По времени возникновения различают врожденные и приобретенные нарушения. Возраст, в котором возник тот или иной дефект, оказывает весьма существенное влияние на возможности его компенсации и картину нарушения развития ребенка в целом. Причиной приобретенных в раннем детстве нарушений в подавляющем числе случаев являются тяжелые нейроинфекции (вирусные, бактериальные и грибковые менингиты и менингоэнцефалиты). После нейроинфекций, перенесенных в период новорожденности (до 1 месяца жизни), часто остаются тяжелые последствия в виде глубоких поражений слуха, зрения, органического поражения ЦНС с недостаточностью интеллекта, двигательной и речевой сферы. Эти дети развиваются так же, как дети с аналогичными врожденными нарушениями. Перенесенные в возрасте после года нейроинфекции реже бывают причиной множественных поражений, особенно тяжелых. Изредка встречаются случаи, когда у маленького

ребенка с врожденным нарушением второй дефект возникает после перенесенного позже заболевания. Например, у одного мальчика к врожденной слепоте, обусловленной ретинопатией недоношенных, после перенесенного в 6 месяцев гнойного менингита (воспаления мозговых оболочек) присоединилась нейросенсорная глухота (Т. А. Басилова, 2008).

Исследования отечественных и зарубежных ученых показали, что *в клинической картине тяжёлого и множественного нарушения* основное место занимают:

- интеллектуальная недостаточность (умственная отсталость) умеренной, тяжёлой или глубокой степени (по МКБ-10) и выступающие в разных сочетаниях опорно-двигательные нарушения (ДЦП разной формы и степени тяжести);
- тяжёлые нарушения речи (несформированность языковых средств);
- нарушения функций анализаторных систем (зрения, слуха, тактильной чувствительности);
- повышенная судорожная готовность (эписиндром);
- расстройства эмоционально-волевой сферы (нарушения регуляции поведения и др.);
- аутистические расстройства (нарушение коммуникации, социального взаимодействия и поведения, стереотипные действия).

Типология.

В зависимости от структуры нарушения *дети со сложными нарушениями разделяются на три основные группы.*

В *первую* входят дети с двумя одинаково выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития: слепоглухие дети, умственно отсталые глухие, слабослышащие с задержкой психического развития (первичной).

Во *вторую* – имеющие одно существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно отягощающее ход развития: умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха. В таких случаях говорят об «осложненном» дефекте.

В *третью* группу входят дети с множественными нарушениями, когда имеется три или более нарушений (первичных), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка: умственно отсталые слабовидящие глухие дети. К множественным дефектам, в частности, можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например при сочетании небольших нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

Таким образом, различий между детьми с ТМНР значительно больше, чем сходств, однако некоторые специфические *особенности развития* детей с тяжёлыми и множественными нарушениями имеют общие черты, которые позволяют нам разделить детей на три группы.

Дети *первой* группы имеют тяжёлые опорно-двигательные нарушения неврологического генеза (сложные формы ДЦП, спастический тетрапарез, гиперкинез и т. д.) и, как следствие, полная или почти полная зависимость от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании и предметной деятельности. Большинство детей этой группы не могут самостоятельно удерживать своё тело в сидячем положении. Спастичность конечностей часто осложнена гиперкинезами. Процесс общения затруднен в связи с несформированностью языковых средств и речемоторных функций порождения экспрессивной речи. Интеллектуальное развитие детей первой группы различно. Степень умственной отсталости колеблется от лёгкой до глубокой. Дети данной группы с менее выраженным интеллектуальным недоразвитием имеют предпосылки для формирования представлений, умений и навыков, значимых для социальной адаптации детей.

Особенности развития детей *второй* группы вызваны нарушениями их эмоционально-волевой сферы и проявляются в расторможенности, «полевом» поведении, стереотипиях, трудностях коммуникации и социального взаимодействия. Контакт с окружающими отсутствует или возникает в форме физического обращения к взрослым обычно в ситуациях, когда ребёнку требуется помощь в удовлетворении потребности. Дети данной группы не выражают интерес к деятельности других и не проявляют ответные реакции на попытки учителя организовать взаимодействие с окружающими. Дети часто не выполняют просьбы или инструкции взрослого, на запрет реагируют агрессией и самоагрессией, бросанием предметов и другими деструктивными действиями. Такая же реакция наблюдается при скученности людей, в шуме. Моторные функции рук не нарушены, однако, предметные действия формируются тяжело в связи со слабой мотивационно-потребностной стороной деятельности. Аутистические черты часто затрудняют установление степени нарушения интеллектуального развития детей второй группы. Особенности эмоционально-волевого развития детей второй группы, их аутистические черты поведения необходимо учитывать при организации и при отборе содержания обучения этих детей, предпочтительны индивидуальные занятия.

Дети *третьей* группы могут иметь нарушения общей моторики, но передвигаются самостоятельно. Их моторная недостаточность проявляется в замедленном темпе, несформированной координации и неточности движений. У некоторых детей наблюдаются стереотипии, нежелание контактировать с окружающими и другие аутистические черты,

свойственные в более выраженной степени детям второй группы. Большинство детей третьей группы имеют сформированные элементарные навыки общения. Среди диагнозов детей третьей группы – умственная отсталость от легкой до глубокой степени. По сравнению с детьми первой и второй групп у детей третьей обычно проявляются более развитые коммуникативные функции, желание общаться. Дети данной группы, владеющие вербальной речью, могут обратиться и выразить свою потребность, выполнить простую просьбу, сообщить о выполненном задании, ответить на вопросы взрослого на уровне слова, словосочетания или нераспространенного предложения. Некоторые дети данной группы не владеют вербальной речью, но могут вступать в контакт и осуществлять элементарное общение при помощи естественных жестов, вокализации и отдельных слогов. Большинство детей третьей могут короткое время осуществлять совместную деятельность с другими, что служит предпосылкой для их обучения в группе. В целом у детей третьей группы наблюдается более высокий (по сравнению с первой и второй группами) уровень развития социально значимых представлений, умений и навыков [160].

Большинство классификаций позволяет достаточно адекватно подойти к решению вопроса об обучении ребенка в рамках определенного образовательного маршрута. Но при этом необходимо учитывать условность подобного разделения и взаимозависимость выраженности нарушений и применяемой медико-психолого-педагогической помощи.

1.3 Ограничения во взаимодействии с окружающей средой лиц с ТМНР

Выделенная структура понятия «тяжёлое и множественное нарушение» позволяет определить данное нарушение как специфическое состояние психофизического развития человека вследствие органического поражения ЦНС, при котором совокупность в высокой степени выраженных нарушений интеллекта, поведения, коммуникации, движения, сенсорных функций в значительной мере препятствуют формированию самостоятельной жизнедеятельности.

Статья 1 Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» [47] определяет следующие термины:

«жизнедеятельность – способность организма человека осуществлять повседневную деятельность способом и в пределах, обычных для человека;

ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой

деятельностью, которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычных для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности;

инвалидность – социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты;

инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими;

адаптация инвалида – комплекс мероприятий, направленных на достижение инвалидом уровня самообслуживания, достаточного для его самостоятельного проживания, трудовой и иной деятельности» [47].

Слово «инвалид» (буквально означающее «непригодный») в настоящее время все чаще заменяется на «человек с ограниченными возможностями». Тем не менее, этот устоявшийся термин часто употребляется в средствах массовой информации, публикациях, а также в нормативных и законодательных актах, в том числе в официальных материалах ООН.

Признание гражданина инвалидом осуществляется медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК). В зависимости от степени выраженности расстройства функций организма и ограничений жизнедеятельности лицам, признаваемым инвалидами, устанавливаются *группа и причина инвалидности* в соответствии с действующим Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2002 г. № 61 «Об утверждении инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности» [113].

«Инвалид с детства» – это причина инвалидности, устанавливаемая одновременно с группой инвалидности. Указанная причина определяется гражданам *старше 18 лет*, в случаях, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, возникла до 18 лет. Эта причина инвалидности может быть определена и в том случае, если по клиническим данным или по последствиям травм и врожденным дефектам, подтвержденным данными лечебных учреждений, у инвалида в возрасте до 18 лет имелись признаки стойких ограничений жизнедеятельности.

Освидетельствуя *детей до 18 лет*, МРЭК при наличии медицинских показаний устанавливает принадлежность ребёнка к категории *«ребенок-инвалид»* и определяет степень утраты здоровья ребёнка. При этом группа и причина инвалидности не устанавливаются.

В настоящее время в Республике Беларусь, согласно нормативно-инструктивным документам, у взрослого населения *определяют третью, вторую или первую группу инвалидности, у детей – первую, вторую, третью или четвертую степень утраты здоровья.* При этом у больного выявляется нарушение функций, определяются ограничения жизнедеятельности по наличию ограничений одной или нескольких способностей из существующих: *способность к передвижению, самообслуживанию, обучению, контролю за своим поведением, ориентации, общению, трудовой деятельности.* У детей до 18 лет, вместо способности к трудовой деятельности, определяется *способность к ведущей возрастной деятельности.*

Таким образом, инвалидность устанавливается не только за утрату трудоспособности (полную или частичную), а также и за наличие ограничений жизнедеятельности, за наличие каких-либо социальных барьеров, нарушающих качество жизни человека.

Подобные подходы к определению инвалидности существуют во многих странах мира. При этом практически во всех странах Европы в работе используется обновленная версия Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности в виде *Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ)* [92]; [93].

МКФ входит в перечень международных классификаций, разработанных Всемирной организацией здравоохранения, которые касаются различных аспектов здоровья и связанных со здоровьем. К данным классификациям относятся также «Международная классификация болезней» (МКБ - 10), «Классификация по уходу», «Международная классификация стандартов образования – ISCD», а также «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности» (утверждены на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН в 1993 г. – резолюция 46/96) [93].

В документе МКФ подчеркивается, что она принята Всемирной организацией здравоохранения как одна из социальных классификаций, в которой реализуются принятые международные документы по правам человека и, в частности, «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности».

МКФ выступает как дополнение к МКБ–10. Однако, если МКБ–10 помогает кодировать информацию, связанную с болезнями, травмами и другими расстройствами здоровья, то МКФ позволяет говорить о влиянии нарушений структуры или функции организма, которые есть у индивида, на его *активность, функционирование и участие в жизни общества.*

Терминология МКФ

Функции организма – физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие, как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие, как существенные отклонения или утрата. Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным

Активность – выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности, в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Таким образом, в соответствии с МКФ, описание состояния здоровья дается с точки зрения *организма*, т. е. структуры и функции организма человека, *активности* (жизнедеятельности) индивида и *участия* в жизни общества, т. е. того, как человек выполняет обычные задачи и действия и каким образом он вовлечен в социальные ситуации [129].

Так, если мы говорим о нарушениях, которые касаются структуры или функции организма, следует использовать термин нарушения структуры или функции. Например, «ребенок с двигательными нарушениями» – у ребенка имеется нарушения двигательных *функций*. При этом у ребенка может быть снижена (ограничена) способность себя обслуживать, следовательно, у него имеются ограничения *активности* и ограничения *участия* в жизни общества. Кроме этого, классификация содержит перечень факторов контекста, влияющих на жизнедеятельность человека, – это *факторы окружающей среды* и *личностные факторы*.

Таким образом, современное понимание взаимодействия между составляющими МКФ может быть представлено следующим образом (рисунок 1) [65].

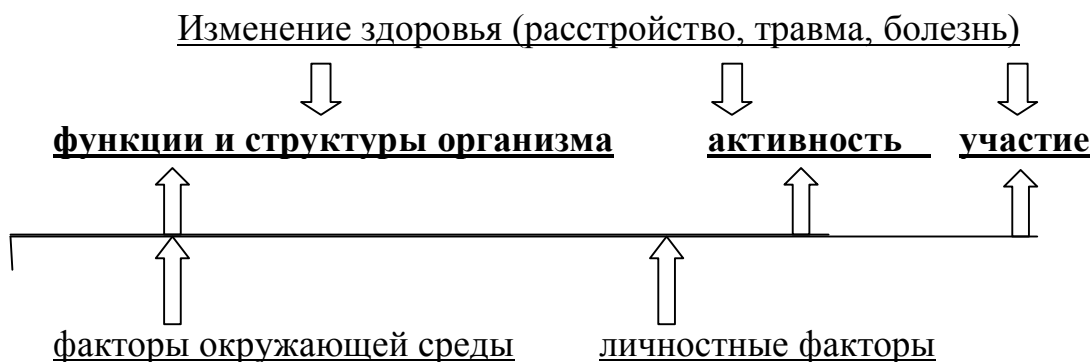


Рисунок-схема 1 – Взаимодействие между составляющими МКФ

Использование МКФ проиллюстрировано в специальной литературе на примере отдельных клинических случаев (см. ПРИЛОЖЕНИЕ А).

Рассмотрение каждого случая психофизических нарушений в формате МКФ позволяет выделить связанные между собой нарушения, ограничения жизнедеятельности и факторы среды, которые влияют на риск развития вторичных осложнений [65].

С позиций МКФ термин «ограничение жизнедеятельности» понимается как обобщающий. Он обозначает системное явление, характеризующее взаимодействие между людьми и их физическим окружением.

Ограничение жизнедеятельности является следствием не только изменения здоровья и нарушений, но и ограничений в результате барьеров окружающей среды. Это положение принципиально важно для трактовки понятия «инвалидность» и в определении направлений профилактики и реабилитации. Наличие барьеров окружающей среды может быть решающим фактором в формировании инвалидности, а снятие барьеров может предупредить инвалидность или привести к реабилитации при одном и том же изменении здоровья.

Важнейшей из целей МКФ является: сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности.

Известно, что ограничения жизнедеятельности часто связаны, в первую очередь, с физическими нарушениями. Ведь нормальное физическое развитие, прежде всего, моторной функции, во многом определяет дальнейший ход благополучного психического развития ребёнка.

В онтогенезе благодаря развитию движений рук формируются хват, манипулирование предметами, ребенок осваивает функции прямохождения и ходьбы с опорой на руки. Через предметные действия

в раннем возрасте осуществляется познавательное развитие, умение общаться и налаживать взаимодействие с предметным и социальным окружением. Рука выполняет также исследовательские функции.

С помощью тактильных и двигательных ощущений рук наряду с сенсорными ощущениями и восприятием формируются представления об окружающем мире, пространственная ориентация. Постепенно осваиваются навыки самообслуживания, развивается предметно-практическая и игровая деятельность, конструирование и изобразительная деятельность, в основе которых лежит сохранность двигательной функции верхних конечностей. Нормальное двигательное функционирование рук обеспечивает в дальнейшем успешность обучения письму, счёту, овладение профессиональными умениями и социальную адаптацию на разных жизненных этапах человека.

Большинство детей данной категории имеют ярко выраженные отклонения в физическом развитии. Они поздно начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Имеются значительные затруднения при сохранении равновесия, ползании, переключении движений, смене поз и действий.

По данным исследователей (Б. И. Пинский, К. А. Семёнова, Е. М. Мастюкова, В. А. Барков и др.), ограничения двигательных возможностей выражаются в том, что такие дети менее сильные и стойкие, у них ниже скорость ходьбы, бега, недостаточно развиты сила, крупная и мелкая моторика, координационные способности (статическое и динамическое равновесие, пространственная ориентировка, темп и точность движений и др.), снижен мышечный тонус.

У многих детей затруднены тонкие, дифференцированные движения рук и пальцев: они с трудом учатся зашнуровывать ботинки, завязывать шнурки, застёгивать пуговицы, часто не соизмеряют усилия при действиях с предметами: либо роняя их, либо сильно сжимая. Движения рук неловкие, несогласованные, часто не выделяется ведущая рука. Дети иногда не в состоянии действовать двумя руками сразу. Из-за нарушения зрительно-моторной координации промахиваются при попытке взять или поставить предмет, не могут зрительно проследить за движениями своей руки.

В условиях вынужденного ограничения подвижности резко снижаются бытовые возможности (способность самостоятельно передвигаться, обслуживать себя), появляются компенсаторные движения, которые быстро становятся автоматическими: сосание пальцев, рассматривание своих рук, навязчивые движения руками, раскачивание тела из стороны в сторону, вперёд-назад и т. д. Разрушить такие стереотипы можно только систематическими и упорными занятиями, направленными на развитие правильных двигательных актов.

Кроме нарушения общей и тонкой моторики, у многих детей грубо нарушена артикуляционная моторика вследствие особенностей анатомического строения органов периферического отдела артикуляционного аппарата, нарушения иннервации мышц речевого аппарата, нарушения переключения, обусловленные нарушениями слуха и алалией. Перечисленные особенности в речевом развитии детей значительно затрудняют развитие их коммуникативных умений, формирование понятий и представлений об окружающем и значительно осложняют процесс становления умений самообслуживания.

Общей закономерностью, свойственной развитию детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, является особая *отягощенность условий раннего развития* ребенка. Наличие не одного, а двух, а то и более первичных нарушений чрезвычайно обедняет контакт ребенка с внешним миром, он попадает в условия огромной депривации (сенсорной, материнской, культурной) и в сензитивный период становления и развития основных психических функций терпит значительный ущерб. Это ведет к недоразвитию как отдельных функций (предметные действия, формирование образов предметов, пространственная ориентировка и моторика, эмоционально-чувственный контакт со взрослыми и общение), так и к общей задержке психического развития. Положение усугубляется тем, что материальная и социальная среда, как правило, остаются мало приспособленными к особенностям познавательной деятельности такого ребенка.

В дальнейшем, когда в конце концов ребёнок попадает в необходимую для него специфическую среду, активно стимулирующую его развитие, обнаруживается, что его стартовая позиция хуже, чем у других детей с особенностями психофизического развития (А.М. Царёв) [146].

По мнению ряда специалистов, существуют также и специфические трудности овладения различными жизненно важными умениями, связанные с наличием в структуре дефекта определённых нарушений. Особенно остро проблема овладения необходимыми социально-бытовыми навыками касается детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями развития, для которых характерны выраженные сочетания интеллектуальных и двигательных отклонений (Т. В. Варенова, В. В. Гладкая, Т. В. Демьяненко, А. М. Змушко, Ю. Н. Кислякова, А.Н. Лаврентьева, Т. Л. Лещинская, А. Р. Маллер, А. М. Царёв, А. А. Наумов, М. Питерси, Р. Трилор, В. А. Шинкаренко, Л. М. Шипицына и др.).

Двигательные нарушения составляют одну из многих проблем ребенка с детским церебральным параличом. В структуре двигательного дефекта при ДЦП выделяют: наличие неугасших своевременно (до четырехмесячного возраста) позотонических рефлексов; насильственные движения (гиперкинезы, синкинезии, тремор); ограниченность или недостаточность произвольных

движений; нарушения мышечного тонуса (спастичность, гипотония, дистония); несформированность равновесия и координации движений; нарушения ощущений движений (кинестезий); степень и характер нарушений реципрокной иннервации; выраженность ассоциированных и позитивно-поддерживающих реакций [90]; [91].

Развитие двигательных функций при церебральном параличе наиболее эффективно в раннем и дошкольном возрасте, до установления устойчивых патологических позиций конечностей – деформаций и ограничений движений в суставах – контрактур, которые являются следствием отсутствия своевременного коррекционного лечебно-педагогического воздействия (И. Ю. Левченко, Е. М. Мастюкова, О. Г. Приходько и др.). Невозможность выполнить целенаправленные практические действия – апраксия – в сочетании со слабостью ощущений движений и общим ограничением передвижений ведет к несформированности правильных представлений об окружающем. Нарушения зрительно-моторной координации, когда движение глаз определяет движение верхних конечностей, в сочетании с патологическим положением тела ведут к тому, что ребенок не в состоянии рассматривать и изучать предметы и окружающий мир в целом. Наличие интеллектуальных нарушений при ДЦП также отрицательно влияет на построение движений, координацию и быстроту их выполнения, на ориентацию в пространстве (Н. П. Вайзман, Н. А. Козленко, А. Р. Маллер, Б. И. Пинский и др.). Могут иметь место отклонения в поведении, развитии личности, что связано как с органическим поражением мозга, так и с особенностями семейного воспитания (Р. Д. Бабенкова, М. В. Ипполитова, Э. С. Калижнюк, Е. И. Кириченко, А. Н. Лаврентьева, Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, В. В. Ткачева и др.).

Многие из детей, имеющих множественные нарушения, затрудняются свободно передвигаться, самостоятельно удовлетворять личные потребности, подражать социальному поведению, инициировать и поддерживать социальное взаимодействие. У детей могут быть нарушены эмоциональные, когнитивные, коммуникативные способности, средства самовыражения. Они могут недостаточно четко воспринимать и осознавать себя, другого человека, предметы окружающего мира. Их интерес к какой-либо деятельности крайне неустойчив. Однако, как отмечает в своём исследовании А. М. Царёв, анализ данных формирования у детей представлений о себе показывает, что в результате обучения у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями «обогащается опыт чувственного восприятия своего тела, формируются представления о схеме тела и функциях его отдельных частей, происходит формирование представлений «моё» – «не моё»; формируется умение соотносить себя со своим именем, изображением, называть своё имя и фамилию, сообщать свой адрес, возраст и половую принадлежность, а также умение определять свои потребности, интересы и сообщать о них

окружающим» [146]. Данные результаты свидетельствуют о наличии потенциальных возможностей детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития, а также о принципиальной важности данного направления работы, как способствующего социализации этих детей.

Таким образом, в теории и практике нередко отмечается, что значительная часть лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями постоянно нуждается в опеке и помощи со стороны родителей или лиц, их заменяющих, что значительно затрудняет их дальнейшую адаптацию и интеграцию с социальной средой.

32-й президент США Франклин Делано Рузвельт сказал: «Одна из обязанностей государства заключается в заботе о тех гражданах, которые оказались жертвами неблагоприятных обстоятельств. Помощь должна быть предоставлена правительством не в форме милостыни, а в порядке общественного долга».

По данным Министерства труда и социальной защиты за 2011 год, в Беларуси насчитывается 73,5 тыс. инвалидов I группы, свыше 271,2 тыс. – II группы, почти 138 тыс. – III группы, а также 25,7 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет. Всего это 508,4 тыс. инвалидов, что составляет 5,4% от общей численности населения страны [163].

Таким образом, практически каждый двадцатый житель Беларуси имеет инвалидность, однако они редко встречаются на улицах, в общественном транспорте, учреждениях образования, магазинах, кинотеатрах, кафе. Да, многие не могут появляться в общественных местах в связи с тяжёлым состоянием здоровья. Но большинство инвалидов просто не может этого сделать в силу различных причин, не связанных с их заболеваниями и степенью мобильности.

Следует особо отметить, что «фенотипические особенности ребёнка со сложным дефектом, а также условия, в которых он пребывал до обучения, в определённой степени стирают возрастные различия. По мнению ряда авторов (М. В. Жигорева, А. М. Змушко, Т. Л. Лещинская, Н. М. Назарова, В. Н. Чулков и др.) достаточно часто уровень социального развития ребёнка с тяжёлыми нарушениями не соответствует его биологическому (паспортному) возрасту. Например, дети разного возраста (4 и 16 лет) по уровню развития определённых умений могут быть практически одинаковыми. Соответственно первостепенно значимыми для построения коррекционно-педагогической работы становятся особые потребности и возможности каждого из них.

Особые образовательные потребности детей с ТМНР

Особые (специальные) образовательные потребности – потребности в специальных (индивидуализированных) условиях обучения, включая технические средства; потребности в особом содержании и методах обучения, а также в медицинских, социальных и иных услугах, непосредственно связанных с образованием и необходимых для успешного обучения.

В странах постсоветского пространства довольно продолжительное время существовала лишь медицинская модель реабилитации, которая предполагала максимально возможное восстановление соматического здоровья и трудоспособности человека, который вследствие травмы, врожденных или приобретенных заболеваний получал какие-либо нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма и ограничениями жизнедеятельности. Если восстановить здоровье не удавалось до нормального уровня, то такой человек находился на попечении государства и получал определенную материальную компенсацию за потерю трудоспособности, получая пенсию и различные социальные пособия. Некоторые категории инвалидности все же предполагали трудоустройство, но это были люди с нарушениями зрения и слуха. Однако большинство людей с инвалидностью просто оставались дома один на один со своими проблемами.

По мнению современных исследователей при наличии определённых достоинств главным недостатком медицинской системы реабилитации является то, что люди, получив определенную помощь в плане лечения и физической реабилитации, но при невозможности восстановления здоровья до прежнего состояния, оказывались фактически выброшенными из жизни общества.

Социальная модель реабилитации, помимо необходимых мероприятий по восстановлению здоровья, предполагает также максимально возможную интеграцию инвалидов в социум – получение образования, трудоустройство, активное участие в жизни общества. Это предполагает не только изменение методов реабилитации, но и изменение подхода к самому понятию инвалидности. Более тридцати лет назад американский адвокат Н. Кюнк в своей «Декларации независимости инвалида» указывал на то, что все люди в какой-то мере зависимы от современной бытовой техники, средств коммуникации, транспортных средств и т.д. Люди обладают различным уровнем здоровья, физического и интеллектуального развития – кто-то с успехом участвует в Олимпийских играх, а кто-то не может пройти пешком и двух остановок; не каждый может писать гениальные стихи, создавать новые модели самолетов, быть высококлассным специалистом в какой-либо сфере. Таким образом, все люди отличаются как в физическом и функциональном, так и в психическом плане. Только некоторые из них, – подчёркивал Н. Кюнк, – отличаются в большей степени, потому и ограничены в своих возможностях. Именно поэтому социальная модель реабилитации предполагает к таким людям относиться, как к ограниченным не в своих способностях, а в возможностях, отсюда и термин «люди с ограниченными возможностями».

В сфере образования медицинская модель реабилитации постепенно также сменяется социальной. Меняются подходы и к понятию

коррекционно-развивающая работа. В контексте современной парадигмы специального образования (С. Е. Гайдукевич, Т. В. Варенова, И. Н. Миненкова и др.) *коррекционно-развивающая работа* – это «специальным образом организованное педагогическое взаимодействие, обеспечивающее активизацию обходных путей присвоения и воспроизводства социального опыта. Сущность коррекционно-развивающей работы, реализуемой педагогом, представляется как профилактика и преодоление ограничений жизнедеятельности ребёнка через определение и удовлетворение его особых образовательных потребностей» [31].

В медицинской модели коррекционно-развивающая работа определяется исследователями как «профилактика и преодоление нарушений развития через тренировку отдельных физических и (или) психических функций», при этом в качестве ключевого понятия используется «нарушения психофизического развития». Однако в социальной модели данное явление рассматривается шире: «это не просто восстановление, компенсация, развитие отдельных психофизических функций, а нормализация деятельности ребёнка в различных жизненных сферах», при этом в качестве ключевого понятия используются такие категории, как «ограничения жизнедеятельности» и «особые образовательные потребности» [31].

В контексте социальной модели в качестве основных факторов, ограничивающих жизнедеятельность ребёнка с ОПФР, исследователями (С. Е. Гайдукевич, Н. М. Назаровой) рассматриваются:

- нарушения психофизического развития;
- отсутствие необходимых адаптивных приспособлений в среде;
- неадекватные социальные установки окружающих.

Данные факторы указывают на три основные направления коррекционно-развивающей работы педагога:

- профилактика и преодоление нарушений психофизического развития;
- специальная организация среды жизнедеятельности ребёнка;
- формирование толерантного отношения общества к ребёнку [31].

Выделим *основные особые образовательные потребности* различных групп детей с ТМНР с учетом входящих в структуру дефекта нарушений.

Дети с выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм). Сложность обучения социально-бытовым навыкам связана с нарушением контакта, трудностью произвольного сосредоточения и наличием страхов. Владение умением с трудом переносится в другую ситуацию. Неудача может вызвать протест против повторной попытки неудавшегося действия. Поэтому очень важно создать ощущение успеха у ребенка, включать обучение навыкам в привычные, любимые дела, использовать «зрительную организацию» дня в виде расписания, организовать пространство вокруг ребенка, чтобы ему было ясно, где и каким делом он будет занят.

Дети с умеренной, тяжелой и глубокой степенью интеллектуальной недостаточности. При работе с этой группой детей необходимо учитывать инертность психических процессов, большой латентный период между предъявляемой информацией и ответной реакцией ребенка, часто выраженные двигательные проблемы. В связи с этим формирование навыков должно проводиться в медленном темпе, с большим количеством повторов одних и тех же действий. Важно правильно подобрать позу, например, для одевания, приема пищи.

Обычно с детьми такой группы на протяжении большого временного отрезка навыки отрабатываются «рука в руку» с педагогом, с максимальным привлечением внимания к происходящему: педагог помогает ребенку физически осуществить действие, направляет движения ребенка и координирует их. Например, при обучении самостоятельно есть ложкой, взрослый своей рукой обхватывает руку ребенка и организует правильное движение. Постепенно физическая помощь уменьшается [101].

Дети с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с гидроцефалией, детским церебральным параличом с выраженными нарушениями движений, с эпилепсией и эписиндромом. Здесь большое внимание уделяется консультированию родителей, подбору адекватных технических средств реабилитации (коляски, вертикализаторы, специальные приспособления, посуда и т. д.), организации пространства, подбору позы, в которой двигательные возможности ребенка будут реализованы наилучшим образом. Обучение проводится в очень медленном темпе, с паузами, дающими ребенку возможность проявить собственную активность.

При организации работы обязательным является раннее начало лечебно-педагогической работы, учет развития двигательных функций конечностей в онтогенезе. Важно исключить возможность проявления патологических тонических рефлексов, поэтому во время занятий телу ребенка придается симметричная устойчивая поза, фиксируется голова. Если ребенок не в состоянии сам это сделать, то для фиксации используются валики, ремни, подушки, специальные приспособления. Подходящую устойчивую позу для конкретного ребенка при освоении определённого действия или навыка необходимо подбирать на основе консультации с эрготерапевтом.

Эффективно организовать занятия, отдых, всю жизнедеятельность детей с тяжелыми и множественными нарушениями невозможно без специального оборудования и приспособлений для сидения и перемещения с учетом их индивидуальных особенностей. В противном случае около 80% энергии они будут тратить на поддержание поз, а не на продуктивную деятельность.

Перед занятием с помощью массажа, специальных приемов покачивания и потряхивания конечностей и других способов снимается мышечное напряжение.

Предлагаемые задания должны быть доступны в выполнении, посильны, соответствовать возможностям ребенка. Формирование движений начинают с пассивного выполнения, то есть совместного с обучающим взрослым, постепенно переходят к активному, самостоятельному выполнению и автоматизации в повседневной жизни.

Развитие общей и мелкой моторики является необходимым этапом работы специалистов и родителей не только в связи с решением задачи развития навыков самообслуживания, но и в связи с речевым и познавательным развитием ребенка. Специальные занятия родителей под руководством специалистов позволят развивать двигательную активность, равновесие и координацию, формировать различные движения, нормализовать мышечный тонус.

Перед специалистами стоит задача передать для усвоения материал в доступной, занимательной, адаптированной к возможностям ребёнка форме и с использованием непосредственно окружающих нас предметов и явлений. Использование ситуаций из жизни и практики придаёт практическую направленность занятиям [78]; [114].

Дети с сенсорными нарушениями. При формировании социально-бытовых навыков необходимо учитывать имеющуюся сенсорную дефицитарность. Например, при работе со слабовидящими детьми четко структурировать пространство, использовать предметное расписание (ячейки с различными предметами-символами, обозначающими предстоящее занятие). При работе со слабослышащими детьми активнее задействовать зрительное восприятие (картинки, пиктограммы, предметы-символы, в зависимости от того, на каком уровне находится ребенок) [19].

Состояние ребёнка с тяжёлыми и множественными нарушениями развития на момент начала обучения может характеризоваться тотальной зависимостью от посторонней помощи и предыдущего социального опыта. Кроме того, развитие социально - бытовых умений может быть заторможено также как слишком выраженной опекой, так и недостатком внимания со стороны окружающих. В первом случае возникает опасность ограничения элементарной активности ребенка, во втором случае – опасность изоляции.

Успешность развития любого ребенка во многом определяется условиями среды, в которой живет ребенок, тем, какую *содержательную помощь* ему организуют взрослые с момента его рождения.

И. М. Бгажнокова указывает на наиболее важные направления, требующие особого внимания как в условиях семейного, так и общественного воспитания детей с органическими поражениями (заболеваниями) центральной нервной системы:

- гигиенический, температурный комфорт жизнедеятельности ребенка, правильное питание, оздоровление, тщательный материнский уход;

- постоянство в проявлении эмоциональных чувств к ребенку: взгляд, улыбка, прикосновение, ласковые интонации голоса, слова и др.;

- своевременная откликаемость взрослого на плач, эмоции, действия, обращения ребенка; закрепление и синхронизирование положительных эмоциональных контактов ребенка и взрослого;

- воспитание устойчивых реакций ребенка на развивающие сенсорные стимулы: звук, цвет, вкус, другие комплексные раздражители, вызывающие удовольствие у детей: музыка, пение, раскачивание, движения, игры и др.;

- перемещения в пространстве, двигательные упражнения, игры с подвижными предметами: самостоятельно, с опорой, с помощью специальных приспособлений, совместно с детьми и педагогом;

- стимулирование, двунаправленность речевых действий: вокальные игры, звукокомплексы, слова, короткие фразы, сопровождение всех видов деятельности ребенка внятной, правильной, доступной речью, сопровождение её жестом, мимикой, предметными и знаковыми заместителями (пиктограммами);

- постепенное усложнение познавательных видов деятельности ребенка в сотрудничестве со взрослыми и детьми, развитие его индивидуальных возможностей (игра, пение, танец, рисование, конструирование и др.).

Перечисленные выше направления не исчерпывают всех условий, способствующих индивидуальному развитию, но очевидно, что главными из них являются постоянное взаимодействие и взаимосвязь взрослого с ребенком (воспитателем) [27].

Задача педагога состоит в *выявлении альтернативных путей* развития деятельности ребёнка, которые позволяют в некоторой степени компенсировать его ограничения. Формирование *социально-бытовых умений* является одним из таких путей и осуществляется на протяжении длительного времени, требует особых усилий, терпения и настойчивости со стороны самих детей, а также людей, оказывающих им помощь и поддержку.

Формирование *умений взаимодействия с окружающими людьми, познания себя и воспроизведения значимой информации о себе*, осуществления практической деятельности в быту осуществляется с опорой на сильные стороны личности, положительные свойства ребёнка, сохранённые механизмы психики воспитанника, выявленные резервы и компенсаторные возможности. В частности, такими возможностями являются относительно сохранённая способность ребёнка к развитию

тактильных ощущений, пониманию положения тела в пространстве, удержанию равновесия (А. Р. Маллер, Г. В. Цикото, О. Шпек и др.). Чем богаче опыт ребёнка в данной области, тем интенсивнее происходит развитие его отношений к себе, другим людям и предметному миру. Психологическая поддержка детей способствует пробуждению веры в собственные силы, формированию ощущения доверия к жизни [79].

Успешность преодоления ограничений жизнедеятельности определяется соблюдением следующих *условий*:

- определение актуального уровня возможностей и потребностей ребёнка;
- изучение «зоны ближайшего развития», т. е. способности к осуществлению определённой деятельности с посторонней помощью;
- вера в возможность развития ребёнка;
- постоянное педагогическое изучение ребёнка, совершенствование содержания работы с ним;
- поддержание психофизического комфорта в процессе коррекционно-развивающей работы (ребёнок не должен испытывать голод, жажду, боль, неприятные ощущения);
- обеспечение познания окружающего мира на полисенсорной основе с привлечением разнообразных дидактических средств;
- формирование положительного отношения к осваиваемой деятельности;
- речевое сопровождение выполняемого действия;
- позитивное подкрепление (даже небольшие успехи ребёнка позитивно оцениваются, а временное отсутствие достижений не воспринимается негативно);
- преэмптильность в работе педагогов, обслуживающего персонала и родителей;
- постепенное ослабление контроля с целью повышения самостоятельной активности ребёнка;
- осознание ребёнком собственной обособленности (физической и психической);
- постоянное закрепление полученных представлений и умений, применение их в повседневной жизни.

Практическая потребность в изучении детей с тяжёлыми и множественными нарушениями, определении их образовательных потребностей и в разработке системы их реабилитации исключительно велика. Обучение и воспитание этих детей представляют собой достаточно малоизученную и труднейшую проблему специальной педагогики. До недавнего времени в нашей стране и ближнем зарубежье многим из таких детей вообще невозможно было предоставить какой-либо реальной педагогической помощи, так как они считались необучаемыми. Однако за последние десятилетия положение существенно изменилось.

Содержание образовательного процесса детей с ТМНР в условиях ЦКРОиР, по мнению В.А. Баркова, должно быть направлено на максимальное развитие жизнеспособности каждого ребёнка от витальных процессов до более высоких проявлений его потенциала [9].

Анализ литературы позволяет выделить *критерии*, по которым можно оценить степень *поддержки*, необходимой человеку с ограничениями жизнедеятельности:

- *периодическая* – поддержка, оказываемая по принципу «когда необходимо». Характеризуется периодической необходимостью;
- *ограниченная* – интенсивность поддержки характеризуется постоянством на период времени, она ограничена по времени, но не является периодической (ограниченная по времени подготовка по специальности или промежуточная помощь, когда человек оканчивает школу);
- *широкая* – поддержка характеризуется ежедневным участием в некоторых сферах (дома или на работе), и не ограничена по времени (долгосрочная физическая поддержка и/или поддержка дома);
- *тотальная (всеобъемлющая)* – поддержка, характеризующаяся высокой интенсивностью и постоянством, оказывается во всех условиях и нужна для поддержки жизни.

Таким образом, обращается внимание на самостоятельность ребёнка в удовлетворении основных жизненных потребностей, его умение объясняться с окружающими вербальным или невербальным способом, а также на умение жить, взаимодействовать с другими людьми, соблюдая общепринятые нормы поведения в повседневной жизни. Ожидаемый результат обучения и воспитания – достижение максимальной для ребенка самостоятельности в быту и последующей социализации в обществе. Качество результатов образовательного процесса определяется путём оценки образовательных приращений в виде появления ранее отсутствовавших функций и навыков применительно к каждому учащемуся и по каждой предметной области [159].

1.4 Концепция нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями

Залогом успеха социальной адаптации и интеграции лиц с особенностями психофизического развития является позиция общества по отношению к их праву жить среди здоровых людей, иметь равные с ними права и возможности. Взаимоотношения людей с особенностями психофизического развития и здоровых людей – важная социальная и психолого-педагогическая проблема, требующая тщательного изучения и решения (Л.И. Акатов, Н.Ф. Дементьева, Н.Н. Малофеев, Е.М. Мастюкова, И.И. Мамайчук, Е.И. Холостова, Л.М. Шипицына и др.).

Ключевую роль в разворачивании интеграционных процессов играют выдвинутая скандинавскими странами концепция «нормализации» (Н. Э. Бенк-Миккельсен, 1959; Б. Нирье, 1968), законодательно закреплённая позиция социальной политики в отношении лиц с особенностями психофизического развития, в основе которой – идея о нормализации условий социальной жизни для инвалидов в соответствии с международными правовыми актами («Декларация прав человека» и др. [105]).

Реализация указанной идеи требует учёта следующих основных положений:

1. *Нормальный дневной ритм.*
2. *Недельный ритм.*
3. *Годовой ритм.*
4. *Естественный жизненный путь (стадии жизни).*
5. *Уважение потребностей.*
6. *Соответствующий контакт между полами.*
7. *Нормальный экономический стандарт.*
8. *Стандарты обстановки.*

Отечественные и зарубежные исследователи считают необходимым проведение специальной работы по перевоспитанию отношения человека с особенностями психофизического развития к себе, к своей судьбе. «Это становится реальным, если у него формируются определённые социальные установки на себя, своё настоящее и возможное будущее, на окружающих, на различные сферы жизнедеятельности и отношений как на потенциальные сферы самореализации. Большую роль может сыграть обучение целеполаганию, раскрытие перед человеком спектра позитивных, реальных конкретно для него жизненных целей» [102].

Этим высказыванием А.В. Мудрика подчёркивается важность работы по формированию осознания и принятия ребёнком своей индивидуальности, по развитию чувства собственного достоинства, по определению своего социального статуса.

1.5 Комплексный характер лечебной и психолого-педагогической помощи

Эффективность лечебных и психолого-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебная и психолого-педагогическая помощь должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия – согласованность действий специалистов различного профиля: невролога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, эрготерапевта, психолога, воспитателя, социального педагога. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической помощи.

В комплексное восстановительное лечение в зависимости от медицинского диагноза могут включаться: медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Психолого-педагогическая помощь организуется в рамках ведущей деятельности. Нарушения психического и речевого развития при ТМНР в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому в процессе осуществления коррекционно-развивающей работы стимулируется ведущий для актуального этапа психоречевого и моторного развития ребёнка вид деятельности.

Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима всесторонняя стимуляция развития психики, речи и моторики, а также предупреждение вторичных отклонений.

Для того чтобы тщательно изучить и выявить структуру нарушений, необходимо динамическое наблюдение за развитием ребенка в течение длительного времени. При этом эффективность диагностики и коррекционно-развивающей работы значительно повышается.

При наличии в структуре ТМНР двигательных нарушений важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательно-кинестетического анализатора. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов (зрительный и тактильный, тактильный и слуховой).

В организационном плане необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-педагогической работы (индивидуальных, подгрупповых, групповых).

В соответствии с действующим «Положением о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» *обучение и воспитание* лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями в ЦКРОиР осуществляется: *учителем-дефектологом, воспитателем, музыкальным руководителем, руководителем физического воспитания.*

«Работу по *социальной реабилитации (абилитации)* лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводят *педагогические, медицинские и иные работники ЦКРОиР* с целью социальной адаптации, улучшения качества жизни, формирования необходимых способностей, умений и навыков у лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, обеспечивающих им максимально возможную независимость и самостоятельность в жизни.

Работа по физической реабилитации (абилитации) лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводится инструктором-методистом по физической реабилитации (инструктором по лечебной физкультуре), медицинским персоналом».

Социальная реабилитация лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями осуществляется посредством организации их творческой деятельности, физкультурно-оздоровительных мероприятий, расширения социальных связей, мероприятий по восстановлению и (или) компенсации утраченных или нарушенных функций организма, иных видов социальной реабилитации.

Социальная реабилитация (абилитация) лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями включает комплекс мероприятий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, уровня самообслуживания, общения и создания оптимальных условий для их интеграции в общество:

эрготерапевтические мероприятия по подбору и индивидуальной адаптации технических средств социальной реабилитации;

мероприятия по развитию творчества, физической культуры, организации культурного досуга.

Мероприятия по развитию и совершенствованию физических и двигательных качеств лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями осуществляются путем проведения массажа, лечебной физкультуры, гидрокинезотерапии, физиотерапевтических процедур и другого (ПРИЛОЖЕНИЕ Б).

Залогом эффективности лечебной и коррекционно-педагогической работы является тесное взаимодействие с родителями и окружением ребенка. В силу огромной роли семьи в процессах становления личности ребенка необходима такая организация средовых ресурсов, которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители – важнейшие участники педагогической работы, организуемой с ребенком, особенно если он по тем или иным причинам не посещает учреждение образования. Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития. Следует соблюдать правильный режим дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку и правильное отношение к дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого требуется активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность. Важно, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости от сознания полезности своего труда, уверенность в своих силах.

Таким образом, необходимым условием реализации задач помощи лицам с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями является *комплексный подход к диагностике, развитию и коррекции нарушенных функций*, который обеспечивается тесной взаимосвязью психолого-педагогических и лечебных мероприятий.

1.6 Реализация коррекционно-компенсирующей и социально-адаптирующей направленности образования

Коррекционно-компенсирующая направленность специального образования. Современная система специального образования базируется на принципах, отвечающих идеям гуманизма, приоритета общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья детей, ориентирующих на реализацию личностного потенциала, на достижение оптимальной социализации и самореализации лицами с особенностями психофизического развития.

Принцип – система наиболее общих, существенных и устойчивых требований, определяющих характер и особенности организации образовательного процесса.

Основными принципами специального образования называются: принцип педагогического оптимизма, ранней педагогической помощи, принцип развития мышления, языка и коммуникации, принципы коррекционно-компенсирующей и социально-адаптирующей направленности образования, деятельностного подхода в обучении и воспитании, дифференцированного и индивидуального подхода, принцип необходимости специального педагогического руководства [133].

Одним из самых широких понятий, представленных в научной литературе и характеризующих процесс становления личности, является социализация. Проблема социализации различных категорий лиц с особенностями психофизического развития становится сегодня одной из ведущих в отечественной и зарубежной специальной педагогике и психологии. Различные аспекты данной проблемы отражены в трудах Л.И. Акатова, Л.И. Аксеновой, Т.В. Вареновой, С.Е. Гайдукевич, В.В. Гладкой, Н.Ф. Дементьевой, Т.В. Демьяненко, А.М. Змушко, И.В. Зыгмановой, Т.В. Каграмановой, Е.М. Калининой, М.Е. Кобринского, А.Н. Коноплевой, И.А. Коробейникова, А.Н. Лаврентьевой, Т.Л. Лещинской, С.Н. Лихачевой, А.Р. Маллера, Н.Н. Малофеева, И.И. Мамайчук, О.В. Мамонько, Е.М. Мастюковой, Н.М. Махмудовой, Т.А. Мещениной, А.А. Наумова, Е.С. Слепович, О.Н. Усановой, Е.И. Холостовой, В.А. Шинкаренко, Л.М. Шипицыной и др.

Социализацию понимают как двусторонний процесс, поскольку он характеризуется не только усвоением социального опыта, системы знаний,

ценностей, норм, правил, стандартов поведения посредством общения ребёнка с окружающими, совместной с ними деятельности, но и активным воспроизведением усвоенного через личностное преломление и видоизменение, выработку собственного социального опыта и стиля жизни.

В структуре социализации как педагогического явления выделяются следующие основные компоненты:

- *коммуникативный* компонент подразумевает всё многообразие форм и способов вербального и невербального общения;

- *познавательный* компонент рассматривается как система знаний об окружающей действительности и социальном мире, которая формируется, прежде всего, в обучении и воспитании, в общении и проявляется в ситуациях самообразования, усвоения информации по собственной инициативе;

- *поведенческий* компонент раскрывается в многообразных действиях, умениях, моделях поведения, усваиваемых ребёнком, а также в освоении норм, правил, установок, обычаев, выработанных в процессе развития конкретного общества;

- *ценностный* представляет собой систему проявлений мотивационно-потребностной сферы личности ребёнка. Суть его заключается в субъективном присвоении воспринимаемых предметов, социальных явлений, событий с позиции их значимости и наполненности смыслом лично для себя [36].

Социализация может выступать как стихийный, неуправляемый процесс и как специально организованный, способствующий освоению культуры общества (знаний, умений, отношений). Если социализация контролируется обществом, то она, по сути, есть воспитание в широком социальном значении. Иными словами, воспитание является особым механизмом, составляющим элемент, условием и путём реализации процесса социализации личности.

Воспитание – «целенаправленный процесс формирования духовно-нравственной и эмоционально ценностной сферы личности обучающегося» [68]. Воспитание лиц с ОПФР направлено на формирование различных типов (эстетическое, нравственное, гражданское) и видов отношений (к социуму, к предметному миру, к самому себе, к деятельности). Его особенностями являются внешнее, не провоцируемое самим индивидом, воздействие и ограниченность местом и временем.

С точки зрения исторической ретроспективы и содержательности, можно условно расположить понятия в следующем порядке: «социализация», «воспитание», «образование» (рисунок 2).



Рисунок 2 – Соотношение категорий «социализация», «воспитание», «образование»

Образование выполняет функцию управляемой социализации индивида, поскольку специально организовывается для передачи подрастающему поколению социального опыта, необходимого для самостоятельной жизни.

Образование – «обучение и воспитание в интересах личности, общества и государства, направленные на усвоение знаний, умений, навыков, формирование гармоничной, разносторонне развитой личности обучающегося» [68].

Обучение – двусторонний процесс взаимодействия педагога и учащегося, формирующий у последнего при наличии мотивации систему знаний, умений, навыков, которые являются средствами развития личности. Обучение детей с ОПФР осуществляется с использованием специальных методов, приёмов, средств обучения, способствующих формированию и коррекции пострадавших функций.

Образовательный процесс – это обучение и воспитание, организованные учреждением образования (или организацией, имеющей законодательно подтверждённое право осуществлять образовательную деятельность) в целях освоения обучающимися содержания образовательных программ.

Под **педагогическим взаимодействием** понимается временный или длительный специально организованный контакт педагога и воспитанников, вследствие которого происходят взаимные изменения в поведении, деятельности, отношениях обеих сторон. При этом педагог и воспитанники становятся активными субъектами педагогического процесса, влияющими на его ход и результаты [2].

Упорядоченную часть социальной среды, организованную форму существования личности представляет собой **образовательное пространство**. Его компонентами считаются различные виды учреждений образования, организаций, выполняющие функции обучения, воспитания, занятости; источники и средства массовой информации; различные ресурсы образовательной среды; социальный опыт ребёнка как содержательный компонент образовательного пространства.

Осваивая и познавая мир вокруг нас, ребёнок развивается и готовится к взрослой жизни. Но если здоровые дети многое из окружающей среды усваивают стихийно, то обязательным фактором развития ребёнка с особенностями психофизического развития является специально организованный на разных возрастных этапах образовательный процесс. Освоение разных уровней образования зависит от степени тяжести нарушений и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности, от своевременности и качества специальной помощи и, безусловно, от состояния интеллектуальной сферы человека. Обучение и воспитание детей с ТМНР представляет собой одну из сложнейших и наименее изученную проблему, требующую углубленного анализа и практического решения. Образование детей данной категории ориентировано, в первую очередь, на формирование жизненно важных компетенций, необходимых для социальной адаптации.

Коррекционная направленность специального образования – его отличительная особенность от общего образования, решающего, в основном, образовательные и воспитательные задачи. Учебный план специального учреждения образования предусматривает наличие коррекционного компонента, предполагающего исправление имеющихся нарушений познавательных процессов, компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных психофизическими недостатками, на специальных коррекционных занятиях.

В специальной педагогике и психологии понятия «коррекция» и «компенсация» рассматриваются во взаимосвязи.

Коррекция (от лат. *correctio* – улучшение, исправление) – это сочетание системы психолого-педагогических мер и медицинской помощи, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития.

Прямая коррекция предполагает непосредственное педагогическое воздействие с помощью особых методов, приёмов и средств, а **косвенная коррекция** осуществляется в процессе обучения, когда уточняется, исправляется и пополняется имеющийся опыт, происходит познавательное развитие ребёнка.

Компенсация (от лат. *compensatio* – возмещение, уравнивание) – процесс перестройки, замещения утраченной, нарушенной функции или анализатора, органа, системы органов за счёт других сохранных или перестройки частично нарушенных функций.

В связи с физиологическим механизмом компенсации выделяют два её вида – органическую (внутрисистемную), функциональную (межсистемную).

Способность к компенсации является одной из важнейших характеристик мозга. Исследования в области нейропсихологии доказали чрезвычайную пластичность детского мозга и его высокую способность к компенсации благодаря совместной, интегративной деятельности

мозговых структур ребёнка в реализации определённой функции, а также их возможности в разной степени включаться в стимулируемую деятельность. Иными словами, некоторые структуры детского мозга могут быть привлечены к выполнению тех функций, для которых ранее, в естественном развитии, не были предназначены. Чем эффективнее коррекционно-развивающая работа, тем более устойчивыми окажутся выработанные новые условные связи в центральной нервной системе.

Мозговые структуры взрослого человека, участвующие в реализации психической функции, отличаются от мозга ребёнка своей уже сформировавшейся определённой «привязанностью» к той или иной функции, локализованностью функции. Поэтому коррекционная работа со взрослыми обращена в большей мере не к их мыслительной деятельности, лежащей в основе обучения, а к памяти, то есть речь идёт обычно о реабилитации, восстановительном обучении (А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, А.В. Семенович, Л.С. Цветкова и др.).

Идея компенсаторного обучения ребёнка с отклонениями в развитии принадлежит Л.С. Выготскому. В его работах, ставших методологической базой психолого-педагогических исследований, обращается пристальное внимание на проблему социального и личностного развития ребёнка. Основную цель коррекционно-педагогической работы учёный видел именно в социальной компенсации дефекта, которая заключается в формировании личности в целом через обеспечение условий для нормального развития и образования, вхождения в социум, создание комфортного жизненного пространства. Психолого-педагогическое воздействие перспективно, прежде всего, в преодолении или смягчении социальных конфликтов, в формировании психики ребёнка, возможностей его личностного развития, в изменении условий жизнедеятельности, в то время как устранение биологического (физического) нарушения развития менее достижимо. Л.С. Выготский утверждал: «культурное развитие есть главная сфера, где возможна компенсация недостаточности. Где невозможно дальнейшее органическое развитие, там безгранично открыт путь культурному развитию» [29, с.458]. Л.С. Выготским были определены следующие особенности взаимодействия коррекции и компенсации:

- включение ребёнка с особенностями психофизического развития в разнообразные социально значимые виды деятельности, способствующие активному накоплению собственного жизненного опыта;
- применение комплексной помощи в преодолении нарушений развития (медицинской – для преодоления первичных отклонений и психолого-педагогической – для вторичных);
- вторичные отклонения преодолеваются сложнее, если теснее связаны с первичным дефектом;
- уровень компенсации определяется как биологическими факторами (характер и степень тяжести нарушения, резервные силы

организма и др.), так и социальными (условия социокультурного развития ребёнка);

- включение лиц с различными психофизическими нарушениями в активную трудовую деятельность, что обеспечит условия для их дальнейшей полноценной интеграции в общество и др.

В специальном образовании воспитание, обучение, коррекционная работа теснейшим образом связаны, сочетаясь и дополняя друг друга во всех сферах жизни ребёнка.

Коррекционная работа с детьми с особенностями психофизического развития способствует оптимизации процесса компенсации неполноценных функций или систем организма, что отражается в коррекционно-компенсирующей направленности специального образования.

Наличие нескольких отклонений у детей с ТМНР, достаточно часто неблагоприятные социальные условия в раннем возрасте, упущение сензитивного периода для коррекции сужают доступные каналы компенсации и увеличивают круг задач коррекционной помощи. Однако обязательное включение такого ребёнка в специальный образовательный процесс будет способствовать оптимизации его развития [133]. Благоприятными условиями для запуска и функционирования механизма компенсации признаны:

- ранние диагностика и начало коррекционного воздействия;
- адекватная психофизическим особенностям и возрасту ребёнка организация системы обучения и воспитания (увеличение сроков обучения, вариативность форм специального образования, пропедевтический период обучения, особое программное содержание, уменьшение наполняемости класса (группы) детей, наличие индивидуальных занятий и программ обучения, коррекционный компонент в обучении и др.);

- использование в учебно-воспитательном процессе специальных методов, приёмов, педагогических технологий, разнообразных средств обучения и воспитания, технических приспособлений, оборудования;

- создание развивающей адаптированной и адаптирующей образовательной среды как в условиях специального учреждения, так и семьи;

- благоприятная психологическая атмосфера педагогического взаимодействия с детьми, их родителями, в коллективе специалистов;

- соответствующая психофизическим особенностям и возможностям ребёнка организация режима учебной и внеклассной деятельности, отдыха, наличие охранительного лечебно-педагогического режима и др.

Создание и соблюдение названных и ряда других условий отражают коррекционно-компенсирующую направленность образования. В сфере специального образования *компенсация и коррекция* отклонений развития рассматриваются как *средство для достижения максимально возможной для лиц с особенностями психофизического развития самостоятельности и независимости в социальной жизни.*

Таким образом, принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования предполагает опору на здоровые силы ребёнка, сохранные анализаторные системы с учётом специфики природы недостатка развития (природосообразно), опору на предметно-практическую деятельность. Коррекционно-компенсирующая направленность образования требует подбора специальных методов и приёмов обучения в строгом соответствии структуре нарушения, возрасту ребёнка. При этом особое внимание уделяется тем ограничениям жизнедеятельности, которые препятствуют или осложняют нормальное социальное функционирование, достижение максимально возможного независимого от окружающих образа жизни [18]; [24]; [133]; [142].

Социально-адаптирующая направленность специального образования. В качестве основных механизмов социализации выступают: *социальная адаптация; социальное обособление; социальная идентификация; интериоризация; социальная реабилитация* (С.А. Беличева, Н.Ф. Голованова, А.В. Мудрик, В.С. Мухина и др.).

В своём широком значении **адаптация** рассматривается в качестве процесса и результата приспособления организма к меняющимся условиям существования.

Механизм адаптации связан с изменением внешних, средовых условий существования в отличие от механизма компенсации, который включается при наличии внутренних, биологических неблагоприятных факторов и отклонений развития.

Под **социальной адаптацией** понимается процесс и результат активного приспособления индивида к условиям конкретной социальной среды через взаимодействие с этой средой и использование её потенциала для собственного развития.

Средствами социальной адаптации выступают общение, занятия, игры, труд, учебная и другие виды деятельности, подчинённые интересам и естественным стремлениям ребёнка.

По мнению А.В. Мудрика, о степени социальной адаптации можно судить по ряду следующих признаков:

- «степень овладения ролевыми ожиданиями и предписаниями, характерными для общества в различных сферах жизнедеятельности (семейной, профессиональной, социальной, досуговой и др.), а также знаниями, умениями и установками, необходимыми для их реализации;
- наличие и мера оформленности реалистических в данном обществе жизненных целей и представлений о социально-приемлемых путях и способах их достижения (т. е. мера согласованности самооценок и притязаний человека с его возможностями и реалиями социальной среды);
- необходимый на данном возрастном этапе уровень образования» [102, с. 170].

Адаптивность выражается в согласованности цели и результатов усилий по достижению этой цели. *Неадаптивность* характеризует несовпадение намеченной цели и результата (намерение не совпадает с деянием, замысел с выполнением, побуждение к действию – с его итогами) [2].

Соответственно, *социальную адаптированность* следует понимать как достижение в соответствии с целью условно определенных уровня, степени, результатов социального становления личности в конкретный период (момент) жизни человека.

Социальное обособление подразумевает процесс формирования и сохранения человеком своей индивидуальности и неповторимости при реализации взаимоотношений с другими людьми.

Под *социальной идентификацией* понимается самоотождествление индивида с группой лиц по существенным признакам, критериям. Идентификация выступает как условие приобретения ребенком социально значимого опыта и присвоения структуры самосознания.

Интерииоризация – субъективное осознание и освоение общественных норм, ценностей, стереотипов, установок. Это превращение социальных форм поведения и психической деятельности в индивидуальные, переход внешней деятельности во внутреннюю (Л.С. Выготский, Н.Ф. Голованова, Е.С. Слепович, А.М. Поляков и др.)

Реабилитация (от франц. *réhabilitation*, от лат. *re-* вновь + *habilis* удобный, приспособленный) – сочетание медицинских, социально-экономических, профессиональных, педагогических, общественных и государственных мероприятий, которые проводятся с целью максимально возможного восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций организма и социальной адаптации больных и инвалидов.

В процессе реабилитации у человека с особенностями психофизического развития необходимо создавать активное отношение к нарушению здоровья и положительное отношение к жизни, семье, обществу.

Социальная реабилитация представляет собой систему мероприятий по восстановлению способности к жизнедеятельности в социальной среде, некоторых социальных качеств в связи с их ограничением, отсутствием или утратой. Процесс реабилитации направлен не на само нарушение, а на восстановление способности личности к нормальному существованию в определённых социальных условиях, на предупреждение «деформации личности» с особенностями психофизического развития.

Социальная реабилитация – «комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким нарушением функций организма (инвалидность), изменением социального

статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и некоторые др.), девиантным поведением личности» [143, с. 21].

В случае, когда речь идет о человеке с врожденными проблемами в психофизическом развитии, у которого отсутствует период нормального функционирования всех систем организма, используется термин *«абилитация»*. Данный термин подразумевает комплекс мер по раннему вмешательству в процесс развития ребенка с тем, чтобы максимально возможно приспособить его, с учётом имеющихся нарушений, к внешним условиям существования.

Современная теория и практика специального образования базируется на идеях социальной модели реабилитации ребёнка с ОПФР, согласно которым он рассматривается как личность, способная активно функционировать в обществе при создании условий, способствующих достижению максимально возможной самостоятельности и независимости, социальной самореализации.

Приобретаемый социальный опыт наполняется своим истинным значением для становления личности при условии не пассивного созерцания ребёнком предметного и социального мира, а активного и тесного взаимодействия с ним. Ребёнок становится субъектом такого взаимодействия, а полученные знания, умения интериоризируются, преобразуясь в собственные убеждения, установки, необходимые ему и одобряемые обществом формы поведения и стиль жизни (Н.Ф. Голованова, А.М. Змушко, Т.Л. Лещинская, А.В. Мудрик, Е.С. Слепович и др.).

Состояние и качество образовательных услуг существенно влияют на формирование автономности человека в разных сферах жизнедеятельности, реализацию жизненного самоопределения, достижения достойного социального статуса, на включение личности в социальное взаимодействие, интеграцию в обществе и социальную адаптацию. Таким образом, максимальная способность к самореализации каждого ребёнка с учётом его психофизических особенностей является одним из важнейших показателей качества образования.

Следует отметить, что полноценная способность к самореализации и саморазвитию характерна не для всякого человека. В одних случаях, когда речь идёт о незначительно выраженных отклонениях, как правило, функционального характера, правомерно говорить о достижении полноценной социализации, понимаемой как сочетание адаптации и обособления (саморазвития) личности. В других случаях, связанных с органическим поражением систем и органов, при сопутствующих нарушениях психического развития, трудно предположить, что данный человек способен стать субъектом социализации в полном смысловом её значении. Прежде всего, трудности могут испытывать лица с интеллектуальной недостаточностью, с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями в силу имеющихся недостатков когнитивного и личностного

развития. Интеллектуальные нарушения в таких случаях носят стойкий, как правило, необратимый характер, искажая весь ход развития и социализации ребёнка. Для детей характерны затруднения в налаживании взаимодействия с социальным и предметным миром. Наличие органических нарушений обуславливает снижение познавательной активности, грубое недоразвитие элементарных и высших психических функций, нарушения социального поведения, трудности ориентировки в окружающей действительности. Выраженные отклонения интеллектуальной сферы сильно ограничивают самостоятельность, активность, независимость ребёнка, крайне затрудняют его возможности. Даже в старшем, подростковом и юношеском, возрасте перспектива автономизации и самореализации лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями остаётся затруднённой (В. В. Гладкая, Т. В. Демьяненко, А. М. Змушко, Ю. Н. Кислякова, Т. Л. Лещинская, В. А. Шинкаренко и др.). При выраженных и стойких, множественных отклонениях рассматриваются возможности элементарного приспособления ребёнка в микросоциуме.

Специфика *самоизменения* заключается в разной степени осознания необходимости и направленности человеческих усилий, активности на достижение определенных целей, установок, отношений с собой и миром. Даже в случае выраженных психофизических отклонениях у ребёнка остаются права и потребности в личной эмоциональной привязанности, собственные желания, взгляды и отношение к происходящему вокруг, попытки доступным способом изменить то, что его не устраивает. Из этого следует, что в комплексной коррекционной работе необходимо учитывать и стимулировать собственные устремления и волеизъявления ребёнка, нацеливать его на более активное участие в бытовой деятельности и взаимодействии с окружающим миром, чтобы получаемый социальный опыт становился субъективным переживанием, способствовал самопознанию собственных возможностей и потребностей, контролю своего поведения, приспособлялся к жизни среди людей.

Обобщающий анализ специальной научной литературы и имеющихся практических разработок показывает, что эффективность социальной адаптации детей с ТМНР зависит от ряда *условий*. Наиболее значимыми из них являются:

- глубокий анализ и учёт индивидуальных психофизических и личностных особенностей ребёнка при выборе оптимальных форм организации медико-психолого-педагогической помощи и планировании коррекционно-развивающих программ;
- оптимальная среда жизнедеятельности (создание развивающей предметно-игровой и образовательной среды в условиях семейного быта и специального учреждения; использование технических средств

реабилитации в быту и общественных местах; возможность усвоения и использования социокультурных функций и т. п.);

- реальная возможность посещения адекватных учебных учреждений с целью накопления системы необходимых знаний, умений и навыков (соответствующая адаптированная коррекционно-воспитательная и коррекционно-образовательная среда; своевременность и комплексность проводимых коррекционных мероприятий; реализация положения о воспитании и обучении как о ведущем факторе развития любого ребенка и т. п.);

- глубина и качество получаемых знаний, возможность их использования в целях приспособления к социальной жизни и саморазвития;

- профессиональная компетентность и соответствующие личностные качества всех субъектов педагогического процесса;

- использование одновременно разнообразного и конкретного (с учетом специфических особенностей отдельно взятого ребенка) спектра средств, способов, приемов психолого-педагогической деятельности;

- нормальный социально-психологический статус семьи и наличие мотивации к сотрудничеству семьи и сотрудников специальных учреждений;

- активность личности, стремление к самореализации и саморазвитию, готовность к интеграции в общество;

- наличие широких контактов с окружающими людьми и миром (взаимодействие с членами общества, накопление социального опыта; формирование коммуникативного поведения и т. д.);

- законодательная позиция государства, обеспечивающая достойную жизнь лицам с тяжёлыми нарушениями развития;

- готовность общества принять ребенка с ОПФР таким, каков он есть, как равноправного члена общества, содействовать созданию для него достойных условий жизни.

Выделение названных условий не является исчерпывающим и достаточно условно, поскольку они тесно связаны, а некоторые в смысловом плане вытекают друг из друга.

В сфере специального образования подчёркивается приоритетность социальной адаптации и интеграции над необходимостью получения детьми высокого уровня образования. При ТМНР наиболее значимо овладение не глубокими академическими знаниями, а теми знаниями и умениями, которые пригодятся ребёнку в повседневной жизни, будут иметь практический смысл для адаптации в обществе. Данная позиция характеризует социально-адаптирующую направленность специального образовательного процесса.

Соблюдение принципа социально-адаптирующей направленности позволяет преодолеть или снизить проявления психофизических отклонений в развитии ребёнка, уменьшить его «социальное выпадение» благодаря подготовке к относительно независимой и максимально возможно самостоятельной активной жизни, к интеграции в обществе.

Социально-адаптирующая направленность специального образования отражена в содержании учебно-воспитательного процесса детей с ТМНР. При формировании знаний и умений по учебным дисциплинам учитывается их значение для социальной адаптации ребёнка. В то же время, просоциальная направленность учебного материала способствует формированию познавательной деятельности ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития. Дети в результате довольно длительной, систематической, кропотливой коррекционно-педагогической работы постепенно осваивают нормы поведения и жизнедеятельности, элементарные санитарно-гигиенические, коммуникативные и более сложные социальные навыки, систему представлений, взглядов, убеждений, необходимые для адаптации в социуме. При организации образовательного процесса создаются условия для формирования социальной компетентности как ребёнка с ТМНР, так и его родителей.

Таким образом, социальная адаптация ребёнка с ТМНР обеспечивается через овладение социальным опытом, приобретение практических умений и навыков коммуникации, налаживание взаимодействия с людьми и овладение приемлемым поведением, социальными нормами и отношениями, доступными социально-бытовыми навыками и видами деятельности. В организации процесса адаптации детей с ТМНР необходим междисциплинарный подход, ориентация на компенсаторные возможности каждого ребенка.

Социально-адаптирующая направленность специального образования как одно из его значимых положений способствует реализации законодательно утверждённого права детей с особенностями психофизического развития на самостоятельную, полноценную и независимую жизнь в обществе.

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте определения понятий «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
2. Сравните отечественные и зарубежные подходы к определению понятий «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
3. Каковы основные возможные сочетания нарушений развития?
4. Какие компоненты входят в структуру понятия «тяжёлые и множественные нарушения развития»?

5. Охарактеризуйте современные взгляды отечественных и зарубежных исследователей на проблему обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития, используя специальную литературу.

6. В чём заключается принцип нормализации жизнедеятельности и особенности его реализации при обучении и воспитании ребёнка с тяжёлыми и множественными нарушениями?

7. Обоснуйте особую необходимость индивидуализации обучения детей с тяжёлыми и множественными нарушениями.

8. Как определяется качество результатов образовательного процесса при работе с детьми с тяжёлыми и множественными нарушениями?

9. Какие нормативные документы лежат в основе организации образовательного процесса при работе с детьми с тяжёлыми и множественными нарушениями?

10. Перечислите и охарактеризуйте основные принципы специального образования, используя специальную литературу.

11. Раскройте сущность понятий «коррекция» и «компенсация».

12. В чём заключается сущность коррекционно-компенсирующей направленности образования?

13. Используя материалы лекций, выдержки из приведенных ниже оригинальных авторских текстов, разграничьте понятия «реабилитация» и «абилитация»; раскройте сущность понятия «социальная реабилитация»; назовите основные направления и этапы реабилитации инвалидов.

14. Раскройте сущность основных механизмов социализации.

15. Как соотносятся между собой понятия «социализация» и «социальная адаптация»?

16. Какие специальные условия необходимо создавать для оптимизации социализации лиц с особенностями психофизического развития?

17. Что представляют собой коммуникативный, познавательный, поведенческий, ценностный компоненты социализации?

18. В чём выражается социально-адаптирующая направленность образования?

19. Проанализируйте нормативно-правовые документы, которые регламентируют деятельность специалистов, работающих с детьми с ТМНР, и попытайтесь

- соотнести содержание отдельных положений, статей с существующей действительностью, осмыслить пути их реализации,
- оценить значимость тех или иных положений для конкретных лиц (детей, родителей, специалистов, сотрудников учреждения, более широкого окружения), возрастных групп;
- осмыслить, как должны учитываться эти положения, статьи при проектировании программы и организации коррекционно-развивающей работы.

Тестовые задания:

1. *Ответьте, в работах каких исследователей освещаются вопросы социальной адаптации лиц с ОПФР:*

а) Т.В. Вареновой, С.Е. Гайдукевич, А.М. Змушко, О.В. Мамонько, Е.И. Холостовой, Л.М. Шипицыной;

б) Э.С. Аветисова, Т.В. Вареновой, Т.В. Демьяненко, И.В. Зыгмановой, Е.М. Калининой, К.В. Комарова, А.Н. Коноплевой, Т.Л. Лещинской;

в) Л.И. Акатова, С.Е. Гайдукевич, А.М. Змушко, Г.А. Капе, Т.Л. Лещинской, В.А. Шинкаренко, Л.М. Шипицыной.

2. *Основные принципы специального образования:*

а) педагогического оптимизма, ранней педагогической помощи, коррекционно-компенсирующей направленности образования, социально-адаптирующей направленности образования, деятельностного подхода в обучении и воспитании, необходимости специального педагогического руководства, проблемного обучения, дифференцированного и индивидуального подхода;

б) принцип развития мышления, языка и коммуникации, коррекционно-компенсирующей направленности образования, компетентностной направленности, деятельностного подхода в обучении и воспитании, дифференцированного и индивидуального подхода, социально-адаптирующей направленности образования;

в) социально-адаптирующей направленности образования, деятельностного подхода в обучении, принцип развития мышления, языка и коммуникации, коррекционно-компенсирующей направленности образования, деятельностного подхода в обучении и воспитании.

3. *Социализация как педагогическое явление включает следующие основные компоненты:*

а) коммуникативный, поведенческий, ценностный, познавательный;

б) компенсирующий, коммуникативный, поведенческий, образовательный;

в) познавательный, коммуникативный, поведенческий, адаптирующий.

4. *Основными механизмами социализации личности являются:*

а) социальная адаптация; социальное обособление; социальная идентификация; саморегуляция; социальная реабилитация;

б) социальная адаптация, социальное обособление, социальная идентификация, социальная реабилитация, интериоризация;

в) социальная адаптация, самореализация, социальная идентификация; социальная реабилитация, саморегуляция.

5. *Прочитайте пример.* Кейси Браун уже не начинает свой день в классе для детей с тяжелыми и множественными нарушениями. Она вместе с шестью другими восемнадцати- и двадцатилетними ребятами учится в колледже.

Прежде чем пойти на работу, Кейси завтракает с бывшими школьными друзьями. Они также закончили школу и теперь учатся в колледже. Хотя Кейси не умеет говорить, она может общаться с матерью, сестрами и друзьями при помощи книги с картинками, некоторых жестов и мимики.

После завтрака Кейси на микроавтобусе едет на работу в начальную школу, где она каждый день работает в столовой с 10 утра до двух часов дня. Она всегда приветствует коллег, надевает фартук, перчатки и косынку, затем она начинает готовить фрукты. Медленно и аккуратно она достает консервированные фрукты из банок, кладет их в чашки и ставит на подносы. Затем она готовит столовую к обеду. Это означает, что она проверяет ложки и вилки, подносы, салфетки и трубочки, а также выставляет пакеты с молоком. Кейси убирает своё рабочее место, быстро обедает и переводит дыхание перед началом шумного обеда детей.

В обязанности Кейси входит накладывать горячее в тарелки. Это для нее самое сложное задание, дети идут слишком быстро. Но если она делает ошибку, они не торопят её. Сначала дети немного боялись Кейси. Но сейчас они воспринимают её как обычного сотрудника. Было полезно, когда учителя объяснили им, что Кейси и другие инвалиды, такие же люди, как и все остальные, хотя чем-то и отличаются.

После обеда Кейси помогает вытирать столы, убирает столовые приборы и подносы и моет кастрюли и сковороды. Затем за ней заезжает микроавтобус и отвозит ее в колледж. После занятий школьный автобус отвозит ее в центр реабилитации, где она каждый день встречается со своим другом Адрианом и другими людьми с физическими ограничениями. Вместе они посещают магазины, играют в игры, ходят в кино или библиотеку. В 5 вечера ее забирает сестра, они покупают косметику и обычно ужинают в кафе. Дома Кейси может сама сделать себе сэндвич, если она не ужинала: этому научила её программа по приобретению адаптивных навыков в школе. После этого она помогает матери по дому, убирает со стола и кладет посуду в раковину. Остаток вечера Кейси слушает музыку в наушниках. Ее мать думает, что она не смогла бы жить без музыки. В конце дня Кейси делает знак, показывающий, что ей нужно принять душ. Ее мать или сестра регулируют температуру воды, а Кейси делает все остальное сама. Вот она готова ко сну и жестом желает матери и сестре спокойной ночи.

Вопрос: Исходя из этой истории, сделайте вывод, какая *поддержка* нужна Кейси сейчас (*Только один из следующих ответов является правильным*):

- а) периодическая;
- б) ограниченная;
- в) широкая;
- г) тотальная (всеобъемлющая).

Оригинальные тексты

Басилова, Т.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей / Т.А. Басилова, Н.А. Александрова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.prosv.ru/ebooks/Basilova_Kak-pomoch-malichu/index.html. – Дата доступа: 14.03.2013.

<...> С раннего возраста и почти до 12 лет мы следили за развитием двух детей, сейчас обучающихся индивидуально при школе для глухих детей. Оба мальчика появились на свет глубоко недоношенными и имеют диагноз нарушения слуха и зрения в виде ретинопатии недоношенных.

Один из них имел тяжелую тугоухость и ретинопатию недоношенных с остротой зрения в очках 0,05–0,06, сходящееся косоглазие, горизонтальный нистагм обоих глаз. До школы два года занимался индивидуально в детском саду для глухих детей (в группе кратковременного пребывания). Первые два года в школе глухих обучался в классе для глухих с ЗПР, но затем из-за трудностей зрительного восприятия был переведен на индивидуальное обучение и стал посещать школу два раза в неделю для индивидуальных занятий. Родители получали задания на дом от учителя и занимались с сыном дома. За время обучения в школе мальчик физически очень окреп и вырос. Особое внимание в развитии двигательной сферы ребенка уделялось развитию крупной и мелкой моторики. Постоянно проводились занятия по лечебной физкультуре, массаж пальцев рук, пальцевая гимнастика и специальные занятия по развитию осязания. Несмотря на это, он долго испытывал двигательные затруднения при расстегивании пуговиц, завязывании шнурков ботинок и т. д. Несколько суетлив и возбудим в поведении, но гораздо в меньшей степени по сравнению с прошлым. Общается с окружающими жестами и дактильными фразами, письменными табличками (высота букв 1,5–2,0 см). У мальчика достаточно хорошая работоспособность, он может хорошо заниматься целый урок, если задания разнообразные и интересные. Обычно урок строится в следующей последовательности: развитие остаточного слуха и произношения (5–10 мин); развитие речи или чтение (15 мин); математика (15 мин); развитие движений (3–5 мин).

Большая работа с ним ведется по усвоению азбуки Брайля. Обучение письму слепых по системе Брайля стало необходимо из-за огромных трудностей ребенка в зрительно-моторной координации. Его зрение позволяет читать тексты, написанные большими буквами, но он долго не мог писать подобные тексты ручкой: рука не слушается и буквы «разбегаются». Трудности заметно уменьшились, когда к его обучению был подключен персональный компьютер.

Другой ребенок, об успехах школьного обучения которого мы хотим рассказать, имел диагноз: двусторонняя нейросенсорная глухота; ретинопатия недоношенных (рубцовая стадия), правый глаз – слепота; острота остаточного зрения левого глаза приблизительно 0,01; остаточные явления ДЦП. До школы он воспитывался в семье под руководством специалистов.

Поступив в школу на индивидуальное обучение и посещая занятия сначала два раза, а потом три раза в неделю, мальчик первое время боялся оставаться в классе, коридоре, столовой. Но примерно за год хорошо освоил пространство учебной комнаты, научился самостоятельно ходить вдоль левой стены по коридору до другого кабинета и обратно вдоль правой стены. Доходя до окна, он поворачивался и находил рукой ручку двери. Освоился и в других помещениях: в столовой, в туалете.

По словам мамы, мальчик с удовольствием идет в школу. Войдя в класс, он сразу кладет свой рюкзак на столик около двери и быстро садится за стол. Терпеливо ждет, когда с ним начнут заниматься. За время занятий в первые два года удалось сформировать активное употребление ряда жестов («кушать», «пить», «мыть руки», «туалет», «все», «пока», «спасибо», «дай») в определенных ситуациях. Мальчик понимает жесты, которые производит взрослый его руками: «учиться», «сядь», «встань», «иди», «одеваться», «домой», «мама», «спать», «открой (закрой) дверь (шкаф, кран)», «неверно», «положи», «убери», «надень», «застегни», «повесь», «возьми», «привет». В настоящее время осваивает дактилологию, и начата подготовка к письму и чтению по Брайлю. Мальчик стал активно вступать в общение со взрослым, показывая жестами, что он хочет есть, хочет окончания занятий и возвращения домой к маме. В ответ учитель также жестами объясняет — немного позанимаемся и пойдешь домой.

<...> две эти истории детей более старшего возраста с ретинопатией недоношенных мы привели, чтобы показать, как может идти развитие детей с глубоким нарушением зрения и слуха в школе для глухих. <...>

Кантор, В.З. Комплексная реабилитация инвалидов: к проблеме содержательно-целевых установок // Вяхякупус, Е. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями сенсорной, двигательной и интеллектуальной сферы: учебно-методический комплекс / Е. Вяхякупус, В.З. Кантор. – М.: Издательство «Папирус», 2009. – 304 с.

<...> реабилитация инвалидов предстает не как одномерное, а как многомерное явление.

Во-первых, чётко обнаруживается её видовое (морфологическое) измерение: поскольку социальная политика как таковая охватывает все основные сферы жизнедеятельности людей, а именно сферы труда, быта и культуры, постольку и реабилитация инвалидов как явление социальной политики тоже должна охватывать данные три сферы жизнедеятельности лиц с нарушением в развитии. Тем самым определяются три объективно необходимых содержательных направления реабилитации инвалидов:

- социально-трудовая реабилитация, подразумевающая повышение социального статуса инвалидов в профессиональной сфере;
- социально-бытовая реабилитация, подразумевающая повышение социального статуса инвалидов в сфере домашнего и общественного быта;
- социально-культурная реабилитация, подразумевающая повышение социального статуса инвалидов в сфере культурного производства и потребления.

Вместе с тем в субъективном плане реабилитация инвалидов выражается в повышении степени их социальной дееспособности в основных сферах жизнедеятельности. Так обнаруживается второе необходимое измерение реабилитации инвалидов – динамическое (стадийно-уровневое), при рассмотрении в котором различаются ее основные этапы (фазы) или качественные уровни:

- первоначальная реабилитация, предполагающая приостановление развития социальной недостаточности, обусловливаемой психофизическим нарушением;
- элементарная реабилитация, предполагающая создание основ дееспособности инвалида в ключевых областях общественной практики;
- полная реабилитация, предполагающая достижение инвалидом максимально возможного для него уровня независимости и самостоятельности в основных сферах социальной жизнедеятельности. <...>

<...> осуществление реабилитации инвалидов как специфического направления социальной политики необходимо предполагает осуществление – на базе государственных или общественных организаций и учреждений – различных видов реабилитационной деятельности с использованием разных по своей природе реабилитационных технологий и средств, обеспечивающих положительную динамику статуса инвалидов в трудовой, бытовой и культурной сферах. И при рассмотрении реабилитации в соответствующем – инструментальном (технологическом) – измерении четко обнаруживаются основные виды реабилитационной деятельности:

- медицинская реабилитация, т. е. восстановительное лечение лиц, имеющих инвалидизирующее заболевание;

- инженерная (техническая) реабилитация, т. е. разработка и внедрение специальных технических средств, расширяющих социальные возможности инвалидов;
- психологическая реабилитация, т. е. осуществление психодиагностических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий в отношении инвалидов;
- педагогическая реабилитация, т. е. осуществление мероприятий по формированию у инвалидов специфических умений, навыков и личностных свойств, необходимых для участия в социальной практике.

Таким образом, комплексная реабилитация инвалидов представляет собой специфическое направление социальной политики государства, предполагающее поэтапное повышение их социальной дееспособности в сферах труда, быта и культуры на основе реализации мер медицинского, инженерно-технического, психологического и педагогического характера. <...>

Коробов, М.В. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: учебно-методическое пособие / М.В. Коробов, Ж.Г. Деденева, Т.Н. Шеломанова, О.Н. Владимирова. – СПб.: СПбИУИЭК, 2004. – 87 с.

<...> Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт. <...>

<...> В процессе реабилитации выделяется три этапа:

1) этап восстановительного лечения (восстановления биомедицинского статуса), направленный на восстановление нарушенных функций и здоровья больных и инвалидов. По данным экспертов ВОЗ, у 87% больных реабилитация заканчивается на первом этапе, когда больной в результате восстановления или полной компенсации нарушенных функций возвращается к обычной деятельности;

2) этап социализации, или ресоциализации (восстановления индивидуально-личностного статуса), направленный на развитие, формирование, восстановление или компенсацию социальных навыков и функций, обычных видов жизнедеятельности и социально-ролевых установок инвалида;

3) этап социальной интеграции или реинтеграции (восстановления социального статуса), направленный на оказание содействия и создание инвалидам условий для включения или возвращения в обычные условия жизни вместе и наравне с другими членами общества. <...>

Нирье, Б. Принцип нормализации и службы по уходу за людьми с интеллектуальными нарушениями // Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями / Под ред. К. Грюневальда. – СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2003. – С. 61–95.

<...> Жизнь человека с особенностями психофизического развития «организуется настолько нормально, насколько это возможно», за детьми признаются те же права, какие есть и у их нормально развивающихся сверстников. Реализация указанной идеи требует учёта следующих основных положений:

1. *Нормальный дневной ритм.* Сон, подъем, одевание, прием пищи, работа, свободное время – весь этот дневной ритм должен быть похож на дневной ритм людей без ограничений соответствующего возраста. Например, нужно обеспечить промежуточный прием пищи, как минимум один раз в день смену окружения, кроме того, должны приниматься во внимание индивидуальные биологические ритмы человека.

2. *Недельный ритм.* Речь идет, прежде всего, о разделении таких областей жизнедеятельности, как проживание, работа и свободное время. Выполняемая работа должна иметь значение и занимать по времени большую часть дня. При этом обязательным условием является не только смена места, но и смена контактного лица. Следует избегать ситуаций, когда все области жизнедеятельности человека протекают внутри одного комплекса зданий и воспитанники не покидают свое учреждение неделями или месяцами. Перенос активности людей с ограничениями из стен учреждения наружу способствует тому, что они учатся ориентироваться в новых ситуациях.

3. *Годовой ритм.* Люди с ограничениями должны принимать участие наравне с остальным населением в таких мероприятиях, как путешествия во время отпуска, походы в гости, торжества и праздники. В их жизни должны иметь место события, повторяющиеся ежегодно.

4. *Естественный жизненный путь (стадии жизни).* Отношения и требования к людям с ограничениями должны быть строго соизмеримы с возрастом. Так, дети с ограничениями должны расти среди ровесников и по возможности с родителями. В учреждениях необходимо стремиться к низкой текучести кадров, между воспитателями и воспитанниками следует выстраивать тесные доверительные отношения. Дети школьного возраста с ограничениями не должны жить вместе с взрослыми людьми с ограничениями, так как при этом уменьшаются возможности обучения и приобретения личного опыта. Со взрослыми, имеющими ограничения, нужно обращаться именно как с взрослыми, это касается общения, одежды, предложений по досуговой деятельности и т. д. Пожилые люди с ограничениями, которые уже не работают, также должны иметь возможность находиться в привычной обстановке, вблизи семьи или знакомых. Из этого следует необходимость создания служб, которые могли бы взять на себя часть забот по уходу за такими людьми и тем самым разгрузить семьи.

5. *Уважение потребностей.* Значение этого пункта состоит в выяснении потребностей людей с ограничениями. Даже когда их интерпретация осложнена коммуникационными ограничениями, желания, решения и волеизъявления рассматриваемой группы людей должны быть не только приняты к сведению, но и, насколько это возможно, учтены. Так, организация свободного времени, распорядок дня или обстановка в комнате должны соответствовать в первую очередь желаниям воспитанников, а не представлениям персонала.

6. *Соответствующий контакт между полами.* Естественная потребность в контакте с другим полом должна учитываться в любом возрасте. В рабочих и жилых группах должны присутствовать представители обоих полов, это же касается и персонала.

7. *Нормальный экономический стандарт.* В рамках социального законодательства люди с ограничениями должны быть обеспечены финансовыми и социальными гарантиями наравне с остальным населением.

Это касается такой компенсирующей финансовой помощи, как преждевременная пенсия или минимальная заработная плата. Кроме того, после всех вычетов должна оставаться определенная сумма на личные расходы.

8. *Стандарты обстановки.* Стандарты обстановки также должны быть «нормальными». Здесь учитываются такие критерии, как размеры, положение, загруженность помещений, их оснащение. Учреждение не должно быть настолько большим, чтобы стали невозможны контакты с окружающими, оно также не должно быть слишком удалено от других объектов социального назначения. <...>

2. Психолого-педагогическая диагностика развития детей с ТМНР

2.1 Задачи и методы изучения ребенка с ТМНР

Процесс воспитания и обучения детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития остаётся малоизученной проблемой, поскольку возможность оказания реальной педагогической помощи этой категории детей признана не так давно. Необходимость обеспечения специальным учреждением образования максимально возможного развития детей с тяжёлыми и множественными нарушениями объясняет практическую потребность их комплексного, углубленного изучения и реализации коррекционно-развивающей работы на диагностической основе. Вариативность проявлений отклонений развития, когда одновременно могут проявляться в разной степени выраженности интеллектуальная недостаточность, нарушения в сенсорной, моторной, речевой, эмоционально-волевой, поведенческой сферах, обуславливает и *индивидуализацию* процесса обучения.

Из курса психолого-педагогической диагностики известно, что диагностика особенностей развития ребёнка традиционно включает три этапа [77]: *скрининг-диагностика, дифференциальная диагностика, феноменологический.*

В зависимости от этапа изучения ребёнка выделяются *задачи*:

- На этапе *скрининг-диагностики* (от англ. *screen* – просеивать, сортировать): выявить наличие отклонений в психофизическом развитии ребенка без точной квалификации их характера и глубины.
- На этапе *дифференциальной диагностики* в процессе обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) – установить особенности психофизического развития, определить структуру имеющихся нарушений, выявить положительные стороны психического и физического развития, наметить оптимальные условия коррекционно-педагогической работы, определить оптимальный образовательный маршрут для ребёнка.
- На *феноменологическом* (этапе углубленной диагностики) – выявить индивидуальные особенности ребенка, т. е. те характеристики познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, личности, которые свойственны только данному ребенку и должны приниматься во

внимание при организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним. В ходе этого этапа на основе диагностики разрабатываются программы индивидуальной коррекционной работы с ребенком.

Таким образом, для своевременной диагностики тяжёлого и множественного нарушения требуется *комплексное медико-психолого-педагогическое изучение* ребенка. Единая комплексная программа обследования детей с ТМНР должна включать:

обязательное первичное медицинское, нейрофизиологическое и психолого-педагогическое комплексное обследование ребенка;

регулярные повторные обследования состояния слуха и зрения у детей со всеми видами нарушений;

регулярные повторные психолого-педагогические обследования детей.

Задачей первичного комплексного диагностического обследования ребенка с тяжёлым и (или) множественным нарушением является описание его физического, соматического и психического состояния на момент обследования, направление на дополнительное обследование у специалистов и подготовка к нему; налаживание контакта с его родителями или людьми, их заменяющими, и предложения по его воспитанию и обучению в семье или в специальном коррекционном учебно-воспитательном учреждении.

При *повторном* психолого-педагогическом обследовании можно судить об успехах обучения ребенка за прошедший период, а значит, и о его потенциальных возможностях.

Опыт специалистов показывает, что, даже используя объективные методы обследования, установить степень снижения слуха и зрения в ряде случаев бывает очень сложно из-за неготовности ребенка к обследованию и трудностей контакта с ним (особенно трудно это бывает сделать по отношению к аутичным детям с выраженной умственной отсталостью). Только тесный контакт с семьей ребенка, внимательное наблюдение за его поведением может помочь разобраться в степени нарушения его зрения и слуха и подготовить к полноценному медицинскому и электрофизиологическому обследованию.

Медицинское или клиническое обследование должно проводиться с участием врачей разных специальностей (педиатра, невролога, психиатра, офтальмолога, отоларинголога и генетика), с учетом данных лабораторных (биохимических), рентгенологического (компьютерная томография и МРТ) и других исследований. Для своевременной диагностики сложных нарушений развития у ребенка очень важны знания о причинах, которые могут привести к поражению сразу нескольких систем организма человека. Анализируя причины первичного нарушения у ребенка, принято обсуждать вероятность его наследственного либо экзогенного происхождения.

Параклиническое или нейрофизиологическое обследование может состоять из электроэнцефалографии (ЭЭГ) и объективного обследования слуха и зрения ребенка методом вызванных потенциалов. Метод исследования сенсорных функций с помощью регистрации биопотенциалов головного мозга, возникающих в ответ на различные (строго определенные) раздражители. Различают стволовые и корковые ВП по месту их возникновения на разных функциональных уровнях головного мозга. Стволовой уровень – это уровень первичной, наиболее простой обработки сенсорных сигналов, их различения. Кортиковый уровень – высший, где формируются уже разные по сложности образы воспринятого (зрительные, слуховые, тактильные и др.). Особенно велика роль исследования слуховых вызванных потенциалов (СВП) и зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) при диагностике наличия и степени выраженности сенсорных нарушений у детей младенческого и раннего возраста, а также при трудностях контакта с более старшими детьми из-за их глубокого отставания в умственном и речевом развитии. Данные нейрофизиологического обследования ребенка могут существенно повлиять на заключение о наличии у него сложного сенсорного нарушения, о глубине и распространенности поражения мозга, о зрелости мозговых процессов.

Психолого-педагогическое обследование ребенка с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями развития представляет значительные сложности. Оно обязательно должно быть комплексным и включать *исследование особенностей сенсорной, двигательной, познавательной и личностной сфер* ребенка, его ведущих средств общения, уровня развития предметной деятельности и навыков самообслуживания.

Проблема использования общедиagnostических *методов* в специальной психологии и педагогике и, в частности, в психолого-педагогическом обследовании детей со сложными нарушениями, изучена достаточно (И.М. Бгажнокова, С.Д. Забрамная, И.А. Коробейников, И.Ю. Левченко, В.И. Лубовский, А.И. Мещеряков, С.Я. Рубинштейн, В.М. Сорокин, И.А. Шаповал и др.), однако ряд вопросов этой проблемы нуждаются в дальнейших разработках. Исследователи разделяют данные методы на *основные* (наблюдение, эксперимент) и *вспомогательные* (беседа, тест, опросники (анкеты), анализ продуктов деятельности) [25].

Беседа с ребёнком с ТМНР используется ограниченно, так как для ведения диалога предполагается достаточный уровень развития речевой коммуникации, что далеко не всегда характерно для детей с подобными нарушениями. Вопросы для беседы составляются заранее, они должны быть максимально краткими, понятными ребёнку, не должны внушать определённый ответ. Беседа проводится непродолжительное время с учётом быстрого наступления утомления или пресыщения у ребёнка. Как

правило, беседа используется для знакомства и на заключительном этапе экспериментального исследования после выполнения ребёнком заданий. На основе ответов уточняются представления о личностных особенностях ребёнка (самооценка, уровень притязаний, критичность и т. д.), эмоционально-волевых проявлениях.

Чаще используется беседа с родителями, воспитателями, другими взрослыми, знающими ребёнка, для сбора психологического анамнеза – истории развития ребёнка. Необходимо точно направлять рассказ, задавая конкретные, заранее продуманные вопросы об этапах и сторонах развития. Неспешная и не ограниченная во времени беседа с родителями позволяет оценить характер внутрисемейных отношений, уровень принятия дефекта ребенка разными членами семьи, адекватность отношения к ребёнку с тяжелым или множественным нарушением, реальные и потенциальные возможности семьи по его обучению и воспитанию. При этом формулирование вопросов должно быть предельно деликатным, т. к. тема беседы, касающаяся особенностей ребёнка, может быть болезненной для родителей. Существенно пополнить сведения об истории развития ребёнка можно, если проводить беседу с разными людьми, близкими ребёнку, а также предлагать им и педагогам для заполнения опросники (анкеты) открытого либо закрытого типа [25].

Психолог суммирует полученные данные клинического и параклинического изучения ребёнка и дополняет ими историю его развития, полученную из беседы с членами его семьи. В случае врожденного сложного нарушения он особенно внимательно собирает сведения об этапах развития ребенка, о его спонтанной самостоятельной активности дома, о средствах общения и навыках самообслуживания. Если нарушение не врожденное, а приобретенное в определенном возрасте, он уделяет особое внимание описанию состояния ребенка до и после заболевания, приведшего к сложному нарушению. Например, по характеру и скорости восстановления нарушенных контактов со средой у ребенка с приобретенной потерей слуха и зрения можно судить о перспективах его развития.

В случаях тяжелого или множественного нарушения огромное значение имеют *наблюдения* за особенностями поведения и общения ребенка в привычной для него домашней обстановке или анализ видеоматериалов на эту тему. При обследовании в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации нужно наблюдать поведение такого ребенка в новой обстановке достаточно длительный срок (не менее часа), чтобы дать ему возможность привыкнуть и немного освоиться в новом помещении и с новыми людьми. Вообще, к процедуре наблюдения предъявляются *требования*, которые изложены в ряде публикаций специалистов (Е.А. Винникова, В.И. Лубовский, И.А. Шаповал и др.) [25]; [83]; [148].

Среди требований особо отмечаются следующие:

- давать по возможности исчерпывающие и точные описания поведения ребёнка в самых разнообразных ситуациях;
- избегать субъективных толкований и оценок, уходя от дефектцентризма, вследствие которого искажаются не только выводы о состоянии испытуемого, но и сам процесс наблюдения;
- давать точное описание факта, а не его толкование, т. е. должна иметь место беспристрастная регистрация поведенческих актов в протоколе наблюдения, а не их интерпретация. Сам процесс интерпретации как сложный интеллектуальный акт анализа и синтеза фактического материала – результатов наблюдения осуществляется после;
- для фиксации фактов следует использовать слова и термины, имеющие одно значение и точно соответствующие наблюдаемому явлению;
- делая обобщения и выводы, необходимо учитывать все данные наблюдения.

Наблюдение, безусловно, сопровождает и другой основной метод – экспериментальное исследование. Необходимо при этом вести заполнение заранее заготовленной карты-схемы с применением определённых символов, что позволяет оперативно и точно фиксировать наблюдаемые явления в поведении ребёнка, не привлекая его внимания. Например, зачёркивание символа, обозначающего признак, означает его отсутствие, подчёркивание – наличие в средней степени выраженности, двойное подчёркивание – сильную интенсивность и т. п. [25].

В схеме протокола наблюдений выделяют следующие компоненты:

- оценка внешнего вида ребёнка;
- общий фон настроения ребёнка;
- общая и психическая активность;
- речевые проявления;
- отношения со специалистом, реакции на успех, помощь, замечание;
- информация об эмоционально-волевых проявлениях ребёнка при выполнении экспериментальных заданий.

В эксперименте исследователь сам моделирует ситуации, в которых проявляются изучаемые явления, создавая для этого необходимые условия. При этом условия могут варьироваться, видоизменяться для установления закономерных связей, определяющих изучаемый процесс. К проведению эксперимента предъявляются следующие требования:

- Необходимо моделировать обычную для данного ребёнка деятельность.
- До начала эксперимента разрабатывается его детальный план.

- Предлагаемые инструкции по выполнению задания должны быть поняты ребёнком. Полное либо частичное непонимание инструкции ребёнком приводит к отрицательному результату выполнения задания, что в конечном итоге может стать причиной диагностической ошибки

- Тщательный подбор стимульного материала, адекватного возможностям ребёнка. С детьми с ТМНР часто используются задания, не требующие выполнения по словесной инструкции, а предполагающие повтор ребёнком действий по образцу, который даёт экспериментатор.

- Дозированный, парциальный характер проведения эксперимента.

- Делать выводы по результатам эксперимента на основе строго зафиксированных фактов, которые проверены также с помощью других методик при повторном эксперименте. Единичные, не повторяющиеся факторы редко имеют существенное значение.

- Необходимо создавать благоприятную эмоциональную обстановку с учётом неустойчивости состояния мотивационной, эмоционально-волевой и познавательной сфер, чтобы снизить влияние на ребёнка чувства застенчивости, неловкости, других побочных факторов.

- Тщательно протоколировать всё происходящее во время эксперимента.

Если констатирующий эксперимент позволяет оценить уровень актуального развития ребёнка, степень отставания от нормативных показателей для данного возраста, то формирующий (обучающий) эксперимент даёт возможность видеть и точно измерять продвижение ребёнка в решении задачи в зависимости от объёма и формы помощи. В процессе проведения экспериментальных методик («Почтовый ящик», «Разрезная картинка», «Пирамидка» и др.) предусмотрено использование следующих *видов помощи*:

стимулирующая – подбадривание, похвала («Правильно», «Молодец»);

организующая – организация внимания в определённый момент выполнения задания («Не спеши, посмотри сюда ещё раз»);

разъясняющая – словесное уточнение порядка действий при выполнении заданий («Сначала берёшь фигурку – письмо, смотришь на неё внимательно, находишь отверстие, которое для неё подходит, опускаешь фигурку в это отверстие»);

введение наглядности – демонстрация способа действия без объяснения алгоритма его выполнения, затем экспериментатор говорит: «А теперь продолжи сам»;

конкретная обучающая помощь – пошаговый показ и объяснение способа выполнения, обращается внимание ребёнка на информативные точки фигурки. После обучения – самостоятельное выполнение.

Среди *форм помощи* С.Я. Рубинштейн выделяла:

- простое переспрашивание, просьбу повторить то или иное слово (для привлечения внимания испытуемого к сказанному, сделанному);

- одобрение и стимуляцию дальнейших действий «хорошо», «дальше»;
- вопросы, почему испытуемый выполнил определённое действие;
- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- подсказку, совет действовать определённым способом;
- демонстрацию действия и просьбу самостоятельно его повторить;
- пошаговое обучение выполнению задания.

Каждый акт помощи должен быть оправдан его необходимостью и обязательно внесён в протокол.

Стандартизированные методики (тесты), по мнению исследователей (В.И. Лубовский, В.М. Сорокин, Е.А. Винникова) не приспособлены для выполнения детьми с тяжёлыми и множественными нарушениями и могут использоваться как вспомогательный метод в рамках обучающего эксперимента в модифицированном виде.

Достаточно проблематичным и малоэффективным является и использование *проективных методик*. В отдельных случаях они используются в качестве вспомогательного методического средства в условиях учреждений образования.

Изучение продуктов деятельности ребёнка в сочетании с психолого-педагогической характеристикой ребёнка позволяет выявить характер и причины трудностей в обучении, а также опереться на положительные качества личности и деятельности ребёнка в дальнейшей коррекционно-развивающей работе [25].

2.2 Специфические требования к организации и проведению психолого-педагогического обследования детей с ТМНР

Правильная оценка зрения и слуха ребенка помогает оценить уровень его интеллектуального развития. Так, наблюдения показывают, что, чем выше возможности использования ребенком остаточного зрения, тем выше возможности его интеллектуального и эмоционального развития.

Поэтому так важно при первичном обследовании выяснить, с какого возраста стало заметно ухудшение зрения и насколько это изменило поведение ребенка. Чем позже произошло снижение зрительных возможностей, тем больше зрительных впечатлений получил ребенок. Важно выяснить, как долго ребенок не видел, когда и насколько успешно прошли операции глаз (экстракция или удаление катаракты, операция по поводу глаукомы, косоглазия и пр.). Удалось ли приучить ребенка к постоянному ношению очков после операции катаракты, что совершенно необходимо для дальнейшего развития его остаточного зрения. Удалось ли офтальмологу по месту жительства семьи определить остроту остаточного

зрения, как ребенок пользуется им в хорошо знакомой обстановке, на прогулке и т. д. – ответы на все эти и многие другие вопросы можно получить у родителей ребенка в самом начале его диагностического обследования.

Известно, что умственно отсталые дети с нормальным физическим слухом часто дают нечеткие реакции на звуковые раздражители, а иногда реакции на такие раздражители, как звучание барабана, отсутствуют вовсе. Как правило, у умственно отсталых детей бывает нарушен фонематический слух, поэтому надо довольно осторожно подходить к данным о нарушении слуха у слепого или слабовидящего ребенка при малейшем подозрении на его умственную отсталость (тем более, что у умственно отсталых детей часто не удается снять не только субъективную, но и объективную аудиограмму).

Оценка сохранности предпосылок интеллектуального и эмоционального развития у ребенка со сложными сенсорными нарушениями – довольно сложная задача. Одноразовое медико-психолого-педагогическое обследование позволяет лишь предположить наличие интеллектуальной недостаточности у ребенка с врожденными или рано приобретенными нарушениями зрения и слуха. Углубленное психодиагностическое изучение таких детей требует обязательного диагностического обучения, которое может быть организовано родителями на дому по рекомендациям специалистов, а также в условиях специальной диагностической группы.

Диагностика интеллектуальной недостаточности у ребенка с тяжёлыми и множественными нарушениями развития очень сложна, потому что ее довольно трудно отличить от выраженной педагогической запущенности, свойственной многим детям с бисенсорным дефектом, а также от специфической задержки психического развития, обусловленной потерей зрения и слуха. Только *экспериментальное пробное обучение* таких детей выполнению заданий в процессе диагностического обследования при сопоставлении с характером продвижений в условиях специального диагностического обучения может дать ответ на вопрос о наличии у них интеллектуальной недостаточности.

Обследование такого сложного ребенка не должно быть ограничено пределами времени. Психолог обязан приложить все усилия, чтобы расположить к себе родителей ребенка, вызвать их доверие, дать им и ребенку время, чтобы освоиться в новой для них ситуации. Известно, что ситуация диагностического обследования может стать дополнительной травмирующей ситуацией у уже достаточно измученных предыдущими, часто многочисленными, медицинскими и психологическими обследованиями семей, воспитывающих ребенка со столь сложным нарушением.

Для каждого ребенка дошкольного возраста нужно учитывать возможные трудности адаптации к новому помещению, где проходит обследование, и к новым людям, его проводящим. Особенно сложное положение может возникнуть у ребенка с глубокими нарушениями зрения и слуха. Как правило, такой ребенок вообще редко выходит из дома, или эти выходы связаны с посещением медицинских учреждений, где он обследуется и лечится. Понятно поэтому, что каждый выход из дома для такого ребенка уже может быть связан с ожиданием неприятных для него процедур. Необычность новой обстановки и незнакомые запахи также могут насторожить и даже травмировать ребенка с глубокими нарушениями зрения и слуха. Все это необходимо учитывать как при организации самого обследования, так и при оценке его результатов.

Предъявляемые задания должны быть короткими, понятными и привлекательными для ребенка. Помимо выполнения ребенком заданий экспериментатора, большое значение придается наблюдению за характером его поведения и за особенностями его спонтанной (самостоятельной) деятельности.

Как правило, дети с глубокими нарушениями зрения и слуха, но без интеллектуальных нарушений во время обследования ведут себя настороженно, они даже несколько напуганы новой обстановкой и новыми, незнакомыми людьми, ни на шаг не отходят от родителей, болезненно реагируют, если не замечают их рядом с собой. Однако таких детей удастся довольно легко заинтересовать игрушками, вступить в контакт с ними, усадить за стол и дать задание.

Иначе могут вести себя умственно отсталые дети с выраженным бисенсорным дефектом. Одни из них смело входят в комнату и начинают по ней беспокойно расхаживать, не обращая внимания на родителей и незнакомых взрослых. Они открывают дверцы шкафов, перебирают предметы на столах, ни на чём не задерживая надолго своего внимания. В ряде случаев психолог может спокойно увести ребенка от родителей в другую комнату, просто потянув его за руку, ребенок не показывает никакого беспокойства из-за отсутствия рядом с ним матери или других близких родственников. Другие умственно отсталые дети с выраженными сенсорными нарушениями не отходят ни на шаг от матери, при первой возможности залезают к ней на колени и крепко прижимаются, отталкивая от себя руки других взрослых. Но если психолог осторожно берет ребенка к себе на руки, тот может не заметить разницы и вести себя совершенно спокойно.

У детей с глубокими нарушениями зрения и дополнительными нарушениями довольно часто наблюдаются характерные стереотипные движения: раскачивания всем телом стоя или сидя, потряхивания руками

перед глазами, подпрыгивания, щелкание языком или скрипение зубами. В более тяжелых случаях наблюдаются проявления самоагрессии – дети кусают или расцарапывают свои руки, с силой надавливают на глаза, стучат предметами по голове и т. д. Наличие подобных стереотипий не всегда свидетельствует о глубоком отставании в умственном развитии у детей с выраженным сложным сенсорным нарушением, а, напротив, является показателем невротических проявлений [77].

2.3 Требования к характеристикам стимульного материала

Для диагностики умственного развития слепоглохих детей и детей с выраженными нарушениями зрения и слуха большое значение имеет *исследование уровня овладения им предметными действиями.*

Для этого бывает достаточно наблюдать, как ребенок раздевается и одевается во время обследования, как ест и пьет из чашки, как просится в туалет. Можно предложить ему во время диагностического обследования ряд бытовых предметов. Это могут быть чашка, расческа, тарелка, ложка, детский ботинок, детская шапочка, флакон из-под духов, карандаш, молоток, зеркальце, бусы и пр. Как правило, слепоглохие дети с сохранными познавательными возможностями старше 3 лет правильно берут в руки эти предметы и демонстрируют соответствующее его назначению действие (проводят по голове расческой, подносят к губам ложку, надевают на шею бусы, стучат молотком по столу, нюхают флакон с духами и даже пытаются его открыть, пускают с помощью зеркальца световые зайчики или смотрятся в него и т. д.). У более старших детей эти конкретные действия с предметами быта часто заменяются естественными изобразительными жестами: ботинок – жестом «обуваться», чашка – жестом «пить» и т. д.

В отличие от этого дети с глубоким отставанием в умственном развитии демонстрируют более низкий уровень овладения действием с предметами. Они либо неспецифически манипулируют с бытовым предметом, т. е. их действие не отвечает его функциональному назначению (давят ложкой на глаза, стучат ею по столу или трясут перед глазами), либо предельно конкретно повторяют предметное действие (суют ложку в рот и облизывают, подносят чашку к губам, зажимают ее края губами и запрокидывают назад голову). Они почти никогда не могут показать употребление предмета условно с помощью изобразительного жеста.

В диагностике психического развития детей с тяжёлыми и множественными нарушениями вполне применимы многие традиционные методики психолого-педагогической диагностики. Это, прежде всего, нестандартизированные методики с предметными дидактическими игрушками (разновеликие стаканчики и кубики, матрешка, ящик форм, различные задания

на классификацию формы и величины предметов). Одним из самых употребляемых в диагностике познавательных возможностей детей заданий является классификация объемных геометрических форм. Обычно это задание предъявляется двумя видами объемных фигур (шара и куба). Эти фигуры по очереди дают в руки ребенка, который внимательно ощупывает их вместе со взрослыми (взрослый действует руками ребенка), а затем вместе с ним раскладывает по разным коробкам. После нескольких совместных проб ребенок должен начать раскладывать фигуры самостоятельно. Затем ему дают эти формы, различные по цвету, и взрослый поощряет правильное выполнение задания по различению форм (гладит ребенка по голове и хлопает в ладоши) и отрицательным жестом указывает на ошибки. Потом задание усложняется: ребенку предлагают разложить шары и кубы, разные по величине, материалу и т. д. Это задание на классификацию предметов можно расширить, введя новые формы (цилиндр, конус и параллелепипед), которые нужно разложить по соответствующим коробкам, усложняя задание вариантами цвета, величины и материала.

В зависимости от сохранности зрения, слуха, двигательной сферы ребенка и его интеллектуальных и языковых возможностей можно пробовать предлагать ему многие из применяемых в общей психодиагностике диагностических заданий. Но при этом необходимо учитывать огромные трудности ребенка с тяжёлым и (или) множественным нарушением (а часто – и с отставанием в речевом развитии) в понимании и принятии инструкции по выполнению задания и выбирать диагностические задания, где инструкцию можно показать наглядно или на примере.

Другую трудность при предъявлении диагностических заданий детям с тяжёлыми и множественными нарушениями развития представляет их недостаточная мотивированность к предметной деятельности. Поэтому поиск интересных и ярких для ребенка предметов и видов деятельности составляет особую задачу для диагностики особенностей психического развития у ребенка со сложным нарушением. Так, дети с выраженными нарушениями зрения и слуха, но имеющие приличное остаточное зрение, особенно охотно выполняют задания, результатом которых является различная световая и цветовая стимуляция. В диагностике таких детей можно использовать различные светящиеся предметы, которые нужно зажечь или достать. Обычная настольная лампа или фонарик могут стать тем предметом, вокруг которого удастся организовать совместную или самостоятельную деятельность ребенка и сделать некоторые выводы о его интеллектуальных возможностях.

Для детей с сохранным слухом можно использовать любые звуковые игрушки и музыкальные инструменты.

Слепоглухие дети часто положительно воспринимают разные запахи, вибрацию от движения предметов, поток воздуха от вентилятора и других подобных устройств.

Почти все дети очень радуются любым двигательным упражнениям, кувыркам, бегу, прыжкам и т. д.

Задача учителя-дефектолога, психолога – выявить возможности ребенка и подобрать задания, которые позволят определить его сенсорные, двигательные и познавательные особенности в интересной для него деятельности, а также попытаться включиться в эту деятельность, чтобы вступить в контакт с ребенком и наладить с ним общение [77, с. 221–228].

2.4 Качественные параметры оценки выполнения диагностических заданий

Качественный анализ результатов экспериментально-психологического исследования выполняют на основе количественного анализа результатов проведенных диагностических исследований, но не сводятся только к нему. В качественном анализе выясняют причины высоких или низких показателей, зависимость их от возрастных и индивидуальных особенностей личности, условий жизни и обучения, отношений с окружающими, отношение к деятельности и др.

Качественный анализ – неформализованный и нестандартизированный метод анализа, в ходе которого исполнитель каждый раз вырабатывает специфическую логику сопоставления различных диагностических данных (признаков, симптомов) и не ограничивает себя заданным набором диагностических категорий. Применение качественного анализа неизбежно в тех случаях, когда состав признаков, существенных для диагностического вывода, непредсказуемо меняется от случая к случаю (от объекта к объекту). Качественный анализ требует самой высокой квалификации от исполнителя, в частности, умения обосновывать и документировать свои приемы и выводы. Без этого качественный анализ лишается признаков научности.

В плане процедуры и анализа результатов исследования по качественным показателям существуют следующие специфические признаки:

- *отсутствие временного ограничения выполнения задания;*
- *исследование способа достижения результата;*
- *возможности использования помощи экспериментатора;*
- *речевые и эмоциональные реакции во время выполнения задания и т. п.*

Сам же стимульный материал методик может оставаться классическим. При этом анализ протокола экспериментального исследования – особая технология, требующая определенных навыков, а сам «протокол – душа эксперимента» (Рубинштейн С.Я.) [122].

Важным требованием к проведению экспериментально-психологического исследования является тщательное *ведение протоколов*. В протоколах исследований следует отмечать особенности поведения испытуемого, понимание им инструкций, а также все то, что связано с выполнением задания. Кроме того, в протокол психолог может вносить все свои оценочные суждения, которые возникают по ходу работы с испытуемым, что в дальнейшем может пригодиться при написании заключения.

По поводу формы протокола нет единого мнения. Так, В. А. Худик считает, что установленную форму обязаны иметь только протоколы выполнения конкретных психодиагностических заданий, что наиболее свойственно для тестовых заданий интеллекта и личности.

С. Я. Рубинштейн особое внимание уделяла ведению протокола, считая протокол «душой» эксперимента. По ее мнению, для каждой экспериментальной методики должна существовать своя, особая форма протокола и особый способ обработки экспериментальных данных. Знание формы протокола является для экспериментаторов не менее обязательным, чем знание инструкции и содержания задания.

С. Я. Рубинштейн разработана общая для большинства методик форма протокола. Протокол должен включать в себя *не менее трех граф*: в левой графе записываются действия экспериментатора в соответствии с содержанием задания (этапы задания, реплики, вопросы и замечания экспериментатора). В средней графе фиксируются действия больного, а в правой – устные высказывания, ответы и пояснения больного.

Данная схема не является универсальной, для каждой методики существует своя форма протокола. Но в любом случае в протоколе должны быть отражены не только объективные результаты выполненного задания (правильно или неправильно выполнено задание, сколько времени потратил испытуемый на его выполнение и т. п.). Не менее важно зафиксировать в протоколе запись устных объяснений больного, запись помощи, которую ему оказывал экспериментатор (вопросы, критические замечания, прямые разъяснения), и то, как больной принимает эту помощь (сразу спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает возражения, безразлично относится к замечаниям и не исправляет ошибок). Все данные, грамотно и тщательно зафиксированные в протоколе, позволяют психологу в дальнейшем осуществить качественный анализ полученных результатов, объективнее подойти к постановке психологического диагноза (квалификации патопсихологического синдрома) на заключительном этапе исследования [121]; [122].

2.5 Динамическое изучение детей с ТМНР в процессе коррекционного воспитания и обучения

Психолого-педагогическое обследование детей с тяжёлыми и множественными нарушениями – непростая задача. Таким детям сложно выполнять тестовые задания, и, кроме того, потенциал ребенка невозможно оценить за 1–2 занятия. Работоспособность детей во многом зависит от их настроения, отношения к незнакомой обстановке и новым людям и, наконец, от погоды. В связи с этим наиболее эффективный путь обследования – это метод «обучающего эксперимента» и метод «экспертной оценки» ребенка разными специалистами, а также педагогами, воспитателями и родителями.

Для разработки индивидуального плана развития ребёнка необходимо использование двух видов диагностики – *формальной и неформальной*. Обе формы диагностики имеют различные, но взаимодополняющие цели и функции.

Формальная диагностика обеспечивается путем целенаправленных наблюдений за определёнными способностями и навыками ребёнка, их результаты должны быть проверены обозначенными способами в рамках стандартизированной методики (так как содержание и образы действий точно заданы (стандартизированы) и не могут быть индивидуально адаптированы для каждого ребёнка).

В то время как в формальной диагностике оценка проверяемых способностей осуществляется на основе определённых критериев, в основе неформальной диагностики лежат субъективные оценки способностей (без заданных критериев).

Неформальная диагностика развития – это инструмент для близких людей и педагогов, которые сопровождают ребёнка. Эта информация дополняет профиль развития ребёнка и позволяет лучше оценить его индивидуальные особенности. При неформальной диагностике проводятся целенаправленные наблюдения за способностями и навыками. Эти наблюдения происходят, как правило, в повседневных бытовых ситуациях и при этом не используется какая-либо определённая методика обследования. Результаты наблюдений фиксируются в соответствующих протоколах (диагностических таблицах, оценочных листах и т. п.). Данный вид диагностики предполагает точечное определение индивидуально-значимых способностей в подходящем контексте и в индивидуально созданных условиях, позволяет описать способности, навыки и поведение одного человека. Важнейшей функцией неформальной диагностики является сопровождение процесса развития с целью постоянной актуализации и совершенствования планов помощи» [94].

Использование протоколов обследования Психолого-педагогическое обследование детей с тяжёлыми и множественными

нарушениями – непростая задача. Таким детям сложно выполнять тестовые задания, их потенциал невозможно оценить за 1–2 занятия. Работоспособность ребёнка во многом зависит от настроения, отношения к незнакомой обстановке и новым людям, даже от погодных условий. В связи с этим наиболее эффективный путь обследования – это метод «обучающего эксперимента», метод «экспертной оценки» ребенка разными специалистами, а также воспитателями и родителями.

При изучении, например, *социальной адаптации* детей с тяжёлыми и множественными нарушениями старшего дошкольного и младшего школьного возраста могут быть использованы ниже приведённые **протоколы** (таблицы 2.1, 2.2, 2.3). В них отражаются имя, возраст ребёнка, основные показатели социально-бытовой компетенции, возможность проведения повторной диагностики и прослеживания динамики. Анализ полученных результатов позволяет получить довольно подробную качественную характеристику состояния социально-бытового компонента социальной адаптации, раскрывающего владение жизненно значимыми знаниями о социальном и предметном мире, умениями осуществлять социальное взаимодействие со взрослыми и сверстниками, продуктивную деятельность с объектами реальной действительности, применять навыки самообслуживания [100].

Таблица 2.1 – Протокол обследования особенностей социального взаимодействия

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

№	Показатели	Характеристика показателей социального взаимодействия		
		нормальное	неустойчивое	негативное
1.	Поведение	нормальное	неустойчивое	негативное
2.	Интерес к окружающему	высокий	снижен	отсутствует
3.	Послушание	послушный	обычно слушается	не слушается
4.	Общение	вербальное	преимущественно вербальное	невербальное
5.	Инициатива в общении	проявляет активно	проявляет эпизодически	не проявляет
6.	Участие в общественных мероприятиях (праздниках, выставках и т. п.)	активный участник	пассивный наблюдатель	не участвует

Продолжение таблицы 2.1

7.	Передвижение по городу	может сам, без помощи	иногда, с помощью	никогда сам
8.	Посещение социально значимых мест (магазин, библиотека, поликлиника, поездки в общественном транспорте, посещение друзей и родственников и др.)	часто посещает (сам или с родителями)	посещает иногда (сам или с родителями)	не посещает
9.	Владение навыками социального поведения в общественных местах (магазин, поликлиника, аптека, парикмахерская, театр, библиотека и др.)	владеет; хорошо ориентируется в общественном месте; умеет обратиться с просьбой; знает, как вести себя	владеет частично, с помощью (с подсказкой) взрослого	не владеет; не умеет выразить просьбу; не ориентируется в обстановке
10.	Поведение в «экстремальных» социальных ситуациях (потерялся, не может найти нужный отдел в магазине, кабинет в поликлинике, дорогу до определенного места, умение высказать просьбу о помощи, привлечь к себе внимание) – как будет вести себя, что необходимо делать	владеет умениями; может самостоятельно решить проблемную ситуацию	владеет частично, с помощью взрослого может выбрать вариант выхода из проблемной ситуации	не владеет; не умеет выразить просьбу; попросить о помощи, не ориентируется в обстановке

Таблица 2.2 – Протокол обследования ориентировки в окружающем

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

Содержание обследования	Оценка освоения					
	Сформировано		Частично сформировано		Не сформировано	
	Время обследования		Время обследования		Время обследования	
1. Знает (реагирует) свои имя, фамилию						
2. Знает (реагирует), как зовут маму, папу (сестёр, братьев), ориентируется в родственных связях						
3. Знает (показывает) части тела						
4. Знает свой домашний адрес (город, улица, номер дома и квартиры)						
5. Знает свой возраст						

6. Знает дату своего Дня рождения 7. Владеет счетом в пределах <hr/> 8. Знает цифры (какие) 9. Знает буквы (какие) 10. Отличает прописные буквы от заглавных 11. Ориентируется в понятиях «слева», «справа», «вперед», «сзади», «сверху», «снизу» 12. Ориентируется во времени суток 13. Определяет время по часам 14. Знает дни недели, месяцы, поры года 15. Ориентируется в последовательности, может назвать текущую пору года (день недели, месяц) 16. Владеет основными сенсорными эталонами: цвет, форма, величина 17. Имеет основные представления о своём учреждении, городе, районе, своей стране, национальности (в соответствии с возрастом) 18. Знания о живой и неживой природе (в соответствии с возрастом) 19. Проявляет любознательность, интерес к окружающему						
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Таблица 2.3 – Протокол обследования состояния навыков самообслуживания

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

№	Показатели	Наличие и степень сформированности навыка					
		Сформирован полностью (выполняет самостоятельно)		Сформирован частично (выполняет с частичной, минимальной помощью)		Не сформирован (не выполняет даже с помощью)	
		Время обследования		Время обследования		Время обследования	
1.	Знает (называет) основные части тела						
2.	Знает (называет) основные виды и элементы одежды						
3.	Снимает обувь						

Продолжение таблицы 2.3

4.	Надевает обувь						
5.	Снимает носки						
6.	Надевает носки						
7.	Снимает брюки (юбку)						
8.	Надевает брюки (юбку)						
9.	Расстёгивает крупные пуговицы						
10.	Расстёгивает мелкие пуговицы						
11.	Застёгивает крупные пуговицы						
12.	Застёгивает мелкие пуговицы						
13.	Снимает головной убор						
14.	Надевает головной убор						
15.	Снимает рубашку (кофточку)						
16.	Надевает рубашку (кофточку)						
17.	Расшнуровывает обувь						
18.	Зашнуровывает обувь						
19.	Развязывает шнурки						
20.	Завязывает шнурки						
21.	Пользуется краном						
22.	Моет руки						
23.	Вытирает руки						
24.	Моет лицо						
25.	Вытирает лицо						
26.	Чистит зубы						
27.	Моет ноги (сидя в ванной)						
28.	Вытирает ноги						
29.	Причёсывается						
30.	Использует носовой платок						
31.	Держит ложку						
32.	Подносит ложку ко рту						
33.	Ест пищу						

Окончание таблицы 2.3

34.	Держит чашку						
35.	Подносит чашку ко рту						
36.	Пьёт						
37.	Пользуется туалетом						
38.	Закрывает дверь						
39.	Открывает дверь						
40.	Пользуется телефоном						
41.	Пользуется телевизором						
42.	Включает, выключает свет						
43.	Помогает по дому						
44.	готовит						
45.	стирает						
46.	убирает						
47.	глядит						
48.	Перемещение по дому						

По результатам обследования в соответствующей ячейке ставится знак: «+» или «-». Повторные обследования позволяют выявить наличие сдвига в процессе формирования навыка.

Примерное содержание обследования деятельности ребёнка

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

- Доступные ребенку виды деятельности (манипулятивная, предметно-практическая, игровая, учебная, трудовая, продуктивные виды деятельности).
- Соответствие вида деятельности возрасту ребенка.
- Характер деятельности: мотивация (осознает потребность, проявляет интерес, желание, готовность участвовать); реализация (устойчивость, адекватность, творчество или стереотипность); результат и оценка (окончание неожиданное или планируемое, удовлетворенность).
- Основные особенности различных видов деятельности.

Манипулирование: характер захвата, освобождение предмета, переключивание; неспецифические манипуляции (стереотипность) и специфические (учет физических свойств предметов).

Предметно-практическая деятельность: предметы использует в соответствии с их назначением, адекватно; предметные действия: соотносящие и орудийные.

Игровая деятельность: в какие игры любит играть; игровые действия (однообразные, свернутые или развернутые, сопровождаются ли словом, жестами); соблюдает ли правила игры, как часто; предпочитает играть один (рядом с другими, вместе с другими); общается ли с детьми (взаимодействует) во время групповых игр, руководимых взрослым; умеет ли сам организовать игру; проявляет ли творческую активность.

Качественное своеобразие сюжетно-ролевой игры. Основной *сюжет* (бытовой; общественный). Соблюдение *правил* игры. Особенности *игровых действий*. В содержании игры отражаются чаще *трудовые действия* взрослых или сочетаются трудовые действия взрослых и *взаимоотношения* между людьми. Количество *ролей* (1–2 или более). Какие роли предпочитает (кем хочет быть в игре; активен или пассивен). Использует ли *предметы и игрушки* в игре. Какие предпочитает игрушки (готовые, подбирает сам, бытовые, предметы-заместители; качества игрушек). *Продолжительность* игры. *Планирование* (есть или нет). *Окончание* игры

Характер освоения *учебно-познавательной* деятельности (в соответствии с возрастом). Усваивает ли программу, по которой занимается. Какие трудности испытывает (графо-моторные, зрительно-моторные, фонематические, анализа и синтеза, пространственно-ориентировочные, вычислительные, в понимании инструкции и др.). Освоение каких разделов программы (учебных предметов) вызывает наибольшие сложности (письмо, чтение, математика, продуктивные виды деятельности и др.).

- Любимые занятия ребёнка дома (виды деятельности, *хобби*).
- Как долго может заниматься любимым делом.

Использование оценочных листов. Для выявления и фиксации уровня сформированности определённых знаний, умений, навыков детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития могут использоваться *оценочные листы* [150].

В качестве примера приведём оценочные листы, разработанные для оценки уровня сформированности социально-бытовой компетенции учащихся с ТМНР. Данные листы составлены в соответствии с компонентами социально-бытовой компетенции (социальными, личностными, бытовыми) и предназначены для использования в рамках деятельности рабочей группы.

Рабочая группа – это специалисты, которые тесно контактируют с ребёнком: учитель-дефектолог, педагог-психолог, воспитатель, а также члены семьи ребёнка.

Задачей рабочей группы является выработка согласованной оценки достижений ребенка в сфере социально-бытовой компетенции.

Реализации задачи служит *анализ поведения и динамики его развития в повседневной жизни ребенка*, результаты которого представлены в форме удобных и понятных всем членам группы условных единиц. Количественная оценка служит не столько для характеристики самого ребенка, сколько для выработки ориентиров экспертной группы в описании динамики развития социально-бытовой компетенции.

Каждый оценочный лист имеет вид таблицы, в которой слева описывается определенное умение, справа, в процессе наблюдения за поведением ребёнка в соответствующих ситуациях, фиксируется уровень сформированности данного умения:

«+» – полная независимость при выполнении (выполняет 5 раз из 5 попыток самостоятельно) – *высокий уровень* сформированности – оценивается в **1 балл**,

«/» – частичная зависимость при выполнении (выполняет с помощью – указать в следующем столбце форму помощи: *В – вербальная, М – моторная, Ж – жестовая*) – *средний уровень* сформированности – оценивается в **0,5 балла**,

«-» – умение отсутствует (не выполняет при любой форме помощи) – *низкий уровень* сформированности – оценивается в **-1 балл**.

В соответствии с уровнем сформированности умения в соответствующий столбец таблицы вносится определенное количество баллов. Ниже приводятся примеры оценочных листов (таблицы 2.4, 2.5, 2.6)

Оценочный лист 1. Социальный компонент

Цель: выявить уровень сформированности умений осуществлять социальное взаимодействие.

Таблица 2.4 – Социальный компонент

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

Умения	Уровень сформированности умения	Кол-во баллов	Форма помощи
	«+»	1	В
«/»	0,5	М	
«-»	-1	Ж	
1. Вступает в контакт: наблюдается ли реакция (слово, звук, жест), когда в поле зрения оказывается знакомый человек?			
2. Устанавливает контакт: наблюдается ли реакция (слово, звук, жест), когда в поле зрения оказывается незнакомый человек, который стремится к взаимодействию?			

Продолжение таблицы 2.4

3. Употребляет ли слова «здравствуй» (привет) при встрече?			
4. Поддерживает контакт: принимает участие в совместных играх (занятиях).			
5. Завершает контакт: машет рукой на прощание			
6. Завершает контакт: употребляет ли слова «до свидания» («пока») на прощание?			
7. Улыбается в ответ (эмоциональное заражение)			
8. Улыбается знакомому человеку			
9. Зовет взрослого для взаимодействия (игры, занятия)			
10. Умеет просить (требовать) помощи с использованием вербальных средств (слова «помоги», «дай»)			
11. Употребляет для выражения просьбы слово «пожалуйста»			
12. Умеет просить (требовать) помощи жестами			
13. Умеет просить (требовать) помощи посредством моторики: тянет за рукав, трогает за руку и т. п.			
14. Отказ от помощи: отталкивает ли ребёнок ваши руки, если вы пытаетесь помочь во время игры, которой ребёнок увлечён?			
15. Отказ от помощи: качает ли ребёнок головой, цепляется за вас, когда его пытаются уложить в постель, а он ещё не хочет спать?			
16. Умение оказывать услуги другим: выполняет ли вашу просьбу (приносит ли (даёт ли) нужный вам предмет)?			
17. Умение делиться информацией: когда вы вместе рассматриваете книгу с картинками, указывает ли на заинтересовавшую его картинку (вербально, невербально), приглашая вас тоже посмотреть?			
18. Согласие с высказанным суждением: говорит ли «да» (подтверждает вербально), когда правильно называют знакомый ему предмет			

Продолжение таблицы 2.4

19. Согласие с высказанным суждением: кивает ли головой (выражает мимикой, жестами), когда правильно называют знакомый ему предмет			
20. Несогласие с высказанным суждением: говорит ли «нет» (отрицает вербально), когда неправильно называют знакомый ему предмет			
21. Несогласие с высказанным суждением: качает головой (выражает мимикой, жестами), когда неправильно называют знакомый ему предмет			
22. Умение просить (требовать) нужные ему вещи: использует ли речь, призывая помочь достать предмет (игрушку, картинку), которая находится вне пределов его досягаемости			
23. Умение просить (требовать) нужные ему вещи: смотрит ли ребёнок на вас (использует невербальные средства), призывая помочь достать предмет (игрушку, картинку), которая находится вне пределов его досягаемости			
24. Отказ от предметов: отталкивает ли вашу руку (выражает отказ вербально, невербально), когда вы предлагаете ему нелюбимую или нежеланную пищу?			
25. Демонстрирует любовь (гладит, целует)			
26. Играет в игры (принимает участие в занятиях), требующие взаимодействия			
27. Играет рядом с другими, иногда меняясь с ними игрушками			
28. Пытается утешить других, когда им плохо			
29. Помогает в простых домашних делах, подражая взрослым			

Окончание таблицы 2.4

30. Пытается доставить удовольствие другим			
31. Может находить подходящее занятие для проведения досуга: взять какую-нибудь игру для себя, найти себе какое-нибудь занятие			
32. Может ответить на телефонный звонок			
33. Соответственно ведет себя на общественных мероприятиях (может отыскать и занять свое место, с началом мероприятия вести себя тихо, эмоционально реагировать с помощью аплодисментов)			
		$\Sigma \ll + \gg =$ $\Sigma \ll / \gg =$ $\Sigma \ll - \gg =$	

Оценочный лист 2. Личностный компонент

Цель: выявить уровень сформированности умений познавать себя и воспроизводить значимую информацию о себе, семье, окружающих.

Таблица 2.5 – Личностный компонент

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

Умения	Уровень сформированности умения	Кол-во баллов	Форма помощи
	«+»	1	В
	«/»	0,5	М
	«-»	-1	Ж
1. Отзывается на своё имя			
2. Отвечая на вопрос «Как тебя зовут?» называет свое имя			
3. Узнает своё отражение в зеркале: на вопрос «Кто это?» отвечает «я»			

Продолжение таблицы 2.5

4. Узнает своё отражение в зеркале: на вопрос «Кто это?» называет своё имя			
5. Узнает своё отражение в зеркале: на вопрос «Кто это?» вербально не отвечает, однако дает понять, что узнал (жестом, улыбкой)			
6. Узнает себя на фотографии (видео): на вопрос «Кто это?» отвечает «я»			
7. Узнает себя на фотографии (видео): на вопрос «Кто это?» называет своё имя			
8. Узнает себя на фотографии (видео): на вопрос «Кто это?» вербально не отвечает, однако дает понять, что узнал (жестом, улыбкой)			
9. Отзывается на свою фамилию			
10. Называет свою фамилию			
11. Называет своё отчество			
12. Полностью может представиться: фамилия, имя, отчество			
13. Знает свой возраст			
14. Называет дату своего рождения			
15. Точную дату рождения не называет, знает время года, когда родился			
16. Узнаёт на фото близких (дает понять, что узнал (жестом, улыбкой))			
17. Называет близких по фотографии (видео)			
18. Рассказывает о семье (имена, место работы, любимые занятия, любимые блюда близких)			
19. Правильно называет родной город			
20. Называет свой домашний адрес			

Окончание таблицы 2.5

21. Узнает свой дом на фотографии (видео)			
22. Выбирает карточку с записанным на ней адресом			
23. Знает, как зовут учителя (называет имя, отчество)			
24. Знает, как зовут учителя (показывает жестом, когда учителя называют по имени, отчеству)			
25. Называет по имени знакомых детей			
26. Различает по имени знакомых детей			
27. Реагирует на похвалу невербально: радуется, дает понять, что доволен собой			
28. Реагирует на порицание невербально: огорчается, дает понять, что недоволен собой			
		$\sum \langle + \rangle =$ $\sum \langle / \rangle =$ $\sum \langle - \rangle =$	

Оценочный лист 3. Бытовой компонент

Цель: выявить уровень сформированности умений самообслуживания.

Таблица 2.6 – Бытовой компонент

Данные о ребёнке (имя, возраст, класс или группа) _____

Умения	Уровень сформированности умения	Кол-во баллов	Форма помощи
	«+»	1	В
	«/»	0,5	М
	«-»	-1	Ж
1. Ест кусочки пицци (хлеб, колбаса, яблоко и т. п.), взяв в руку и положив в рот			
2. Пьёт из чашки, не проливая			
3. Ест ложкой блюдо густой консистенции (каша)			

Продолжение таблицы 2.6

4. Ест ложкой блюдо жидкой консистенции (суп)			
5. Наливает напиток из прозрачного небольшого сосуда в прозрачную чашку самостоятельно			
6. Ест вилок			
7. Пользуется ножом (отрезает небольшие кусочки пищи (мясо, овощи) самостоятельно)			
8. Отличает съедобные и несъедобные предметы (конфеты, сухарики, бусинки, камешки)			
9. Отличает свежие продукты от несвежих (яблоко: свежее и гнилое)			
10. Отличает свежие продукты от несвежих			
11. (хлеб свежий и сухари)			
12. Чистит зубы правильно			
13. Умывается: моет лицо водой			
14. Моет руки: намыливает и смывает мыльную пену			
15. Выражает потребность в посещении туалета			
16. Пользуется туалетом: аккуратно оправляется, используя унитаз			
17. Пользуется туалетной бумагой			
18. Снимает штаны			
19. Надевает штаны			
20. Смывает за собой			
21. Купается: принимает ванну или душ, самостоятельно регулируя температуру воды			
22. Купается: использует мыло и мочалку			
23. Купается: моет волосы шампунем			
24. Вытирается полотенцем			
25. Правильно (по назначению) использует носовой платок			
26. Снимает носки			
27. Надевает носки			
28. Снимает куртку (кофту)			
29. Надевает куртку (кофту)			
30. Надевает шапку			
31. Застегивает пуговицы			
32. Застегивает застежку «липучка»			

Окончание таблицы 2.6

33. Застегивает застежку «молния»			
34. Завязывает шнурки			
35. Надевает ботинки (туфли)			
36. Вытирает стол влажной тряпкой			
37. Подметает пол щеткой			
38. Собирает мусор в совок			
39. Заправляет свою постель			
40. Накрывает на стол: ставит салфетки, приборы			
41. Отличает грязную одежду от чистой			
42. Чистит одежду щеткой			
43. Чистит обувь (протирает губкой)			
		$\sum \langle + \rangle =$ $\sum \langle / \rangle =$ $\sum \langle - \rangle =$	

По результатам изучения каждого ребёнка проводится подробный количественный и качественный анализ и составляется *индивидуальный профиль состояния социально-бытовой компетенции*.

Приведём пример.

Артём Я., 11 лет

По результатам диагностики состояния сформированности социально-бытовой компетенции (указывается дата) выявлено:

1. У Артёма сформированы некоторые навыки социального взаимодействия:

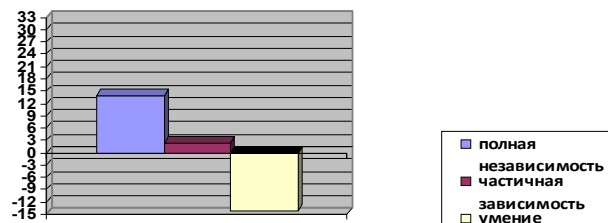
$$\sum \langle + \rangle = 14$$

$$\sum \langle / \rangle = 2,5$$

$$\sum \langle - \rangle = -14$$

Составлен индивидуальный профиль «Социальный компонент» (рисунок 2.1)

параметры
оценки
(умения)



уровень
сформированности
умения

Рисунок 2. 1– Социальный компонент

Частичная зависимость отмечена по следующим показателям:

1. Поддерживает контакт: принимает участие в совместных играх (занятиях).
2. Завершает контакт: машет рукой на прощание.
3. Завершает контакт: употребляет ли слова «до свидания» (пока) на прощание?
4. Употребляет для выражения просьбы слово «пожалуйста».
5. Играет в игры (принимает участие в занятиях), требующие взаимодействия.

Умения отсутствуют по следующим показателям:

1. Устанавливает контакт: наблюдается ли реакция (слово, звук, жест), когда в поле зрения оказывается незнакомый человек, который стремится к взаимодействию?
2. Зовёт взрослого для взаимодействия (игры, занятия).
3. Умение оказывать услуги другим: выполняет ли вашу просьбу (приносит (даёт) нужный предмет).
4. Умение делиться информацией.
5. Согласие с высказанным суждением: кивает головой (выражает мимикой, жестами), когда правильно называют знакомый ему предмет
6. Несогласие с высказанным суждением: качает головой (выражает мимикой, жестами), когда неправильно называют знакомый ему предмет.
7. Демонстрирует любовь (гладит, целует).
8. Играет рядом с другими, иногда меняясь с ними игрушками.
9. Пытается утешить других, когда им плохо.
10. Помогает в простых домашних делах, подражая взрослым.
11. Пытается доставить удовольствие другим.
12. Может ответить на телефонный звонок.
13. Может находить подходящее занятие для проведения досуга: взять какую-нибудь игру для себя, найти себе какое-нибудь занятие.
14. Соответственно ведет себя на общественных мероприятиях (может отыскать и занять свое место, с началом мероприятия вести себя тихо, эмоционально реагировать с помощью аплодисментов).

2. У Артёма частично сформированы основные умения воспринимать, воспроизводить и использовать информацию о себе, своей семье и окружающих.

$$\sum \langle + \rangle = 20$$

$$\sum \langle / \rangle = 0,5$$

$$\sum \langle - \rangle = -7$$

Составлен индивидуальный профиль «Личностный компонент» (рисунок 2.2)

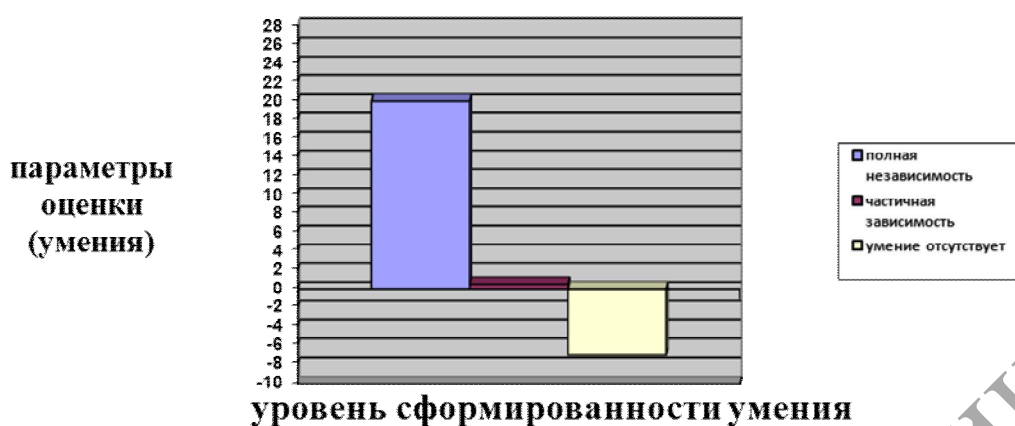


Рисунок 2.2 – Личностный компонент

Частичная зависимость отмечена по следующим показателям:

1. Знает свой возраст

Умения отсутствуют по следующим показателям:

1. Выбирает карточку с записанным на ней адресом.
2. Знает, как зовут учителя (называет имя, отчество).
3. Знает, как зовут учителя (показывает жестом, когда учителя называют по имени, отчеству).
4. Называет по имени знакомых детей.
5. Различает по имени знакомых детей.
6. Реагирует на похвалу невербально: радуется, дает понять, что доволен собой.
7. Реагирует на порицание невербально: огорчается, дает понять, что недоволен собой.

3. У Артёма частично сформированы основные умения самообслуживания.

$$\sum \langle + \rangle = 23$$

$$\sum \langle / \rangle = 5$$

Составлен индивидуальный профиль «Бытовой компонент» (рисунок 2.3)

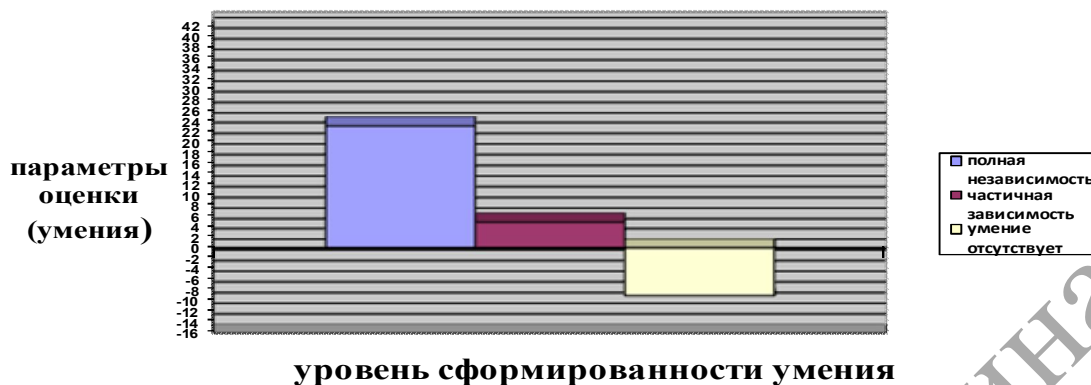


Рисунок 2.3 – Бытовой компонент

Частичная зависимость отмечена по следующим показателям:

1. Наливает напиток из прозрачного небольшого сосуда в прозрачную чашку самостоятельно.
2. Смывает за собой.
3. Купается: принимает ванну или душ, самостоятельно регулируя температуру воды.
4. Купается: использует мыло и мочалку.
5. Купается: моет волосы шампунем.
6. Вытирается полотенцем.
7. Надевает куртку (кофту).
8. Застегивает пуговицы.
9. Застегивает застежку «молния».
10. Накрывает на стол: ставит салфетки, приборы.

Умения отсутствуют по следующим показателям:

1. Пользуется ножом (отрезает небольшие кусочки пищи (мясо, овощи) самостоятельно).
2. Завязывает шнурки.
3. Вытирает стол влажной тряпкой.
4. Подметает пол щеткой.
5. Собирает мусор в совок.
6. Заправляет свою постель.
7. Отличает грязную одежду от чистой.
8. Чистит одежду щеткой.
9. Чистит обувь (протирает губкой).

Таким образом, составление индивидуального профиля состояния социально-бытовой компетенции позволяет наглядно и детально представить особенности формирования рассматриваемых умений

и является подготовительным этапом планирования коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции у каждого ребёнка (о составлении индивидуальной программы для Артёма речь пойдёт в следующем параграфе).

Изучение семьи ребёнка. В зарубежной и отечественной системе специального образования отмечается, что социальная ситуация развития, специфика семейного воспитания во многом определяют ход развития ребёнка с психофизическими отклонениями. Исследование семьи предполагает выяснение типа семейного воспитания, психологического климата, установок родителей по отношению к ребёнку и собственной семье, степень их воспитательной компетентности. Эта информация позволяет специалистам определить возможные причины возникающих у членов семьи трудностей понимания друг друга, налаживания тесного взаимодействия, выбора путей адекватной помощи ребёнку.

Широко используемыми методами изучения семьи ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития являются социологические *опросы*, разные виды *интервьюирования*, *анкетирование*, *беседа*.

В процессе общения с родителями важно компетентно, осторожно и корректно сообщить о проблемах ребёнка, подчёркивая, вместе с тем, его достоинства и достижения, перспективы развития, а также познакомить с возможностями коррекционной психолого-педагогической и медицинской помощи, предоставить информацию о деятельности общественных и благотворительных организаций.

Предлагаемая *анкета для родителей* позволяет определить информированность и адекватность представлений об особенностях, потребностях, возможностях собственного ребёнка; занимаемую позицию в отношении сотрудничества со специальным учреждением; приоритетные с точки зрения родителей направления необходимой помощи ребёнку; отношение к учреждению образования и удовлетворённость оказываемой психолого-педагогической поддержкой; особенности взаимодействия членов семьи с социальной средой; наличие соответствующих особенностям психофизического развития ребёнка развивающих условий воспитания и другие важные аспекты изучения социальной адаптации.

Вопросы анкеты подобраны с учётом требований, предъявляемых к данному методу опроса: ясность, доступность информации всем респондентам; логичность построения вопросов; сочетание и чередование простых и более сложных вопросов и др. Анкета является комбинированной, поскольку содержит как открытые вопросы, позволяющие самостоятельно конструировать ответ и выразить собственную точку зрения на поставленный вопрос, так и закрытые, предполагающие выбор предложенного ответа.

Родителям можно предложить заполнение анкет в течение необходимого им времени в удобных условиях. При заполнении анкеты дома члены семьи ребёнка имеют возможность спокойно обдумать вопросы и выразить более полно и чётко свою позицию.

Тщательное, всестороннее, поступательное изучение семьи помогает определить проблемы воспитания и детско-родительских отношений, повлиять на воспитательную функцию семьи, организовать более эффективное сотрудничество учреждения и семьи, наметить первоочередные направления коррекционной работы с ребёнком [99; 100].

АНКЕТА для родителей

Уважаемые родители, просим Вас искренне ответить на вопросы анкеты. Ответы помогут специалистам, работающим с детьми, лучше узнать Вашего ребёнка и оказать ему квалифицированную помощь.

1. Имя ребёнка _____
2. Вид семьи:
 - полная простая (родители, дети);
 - полная сложная (родители, дети, бабушки, дедушки);
 - полная изменённая (один из родителей не является родным);
 - неполная (*подчеркните нужный вариант*).
3. Количество детей и их возраст _____
Из них мальчиков _____, девочек _____
4. Профессия и место работы взрослых членов семьи
мать _____
отец _____ бабушки, дедушки _____
5. Жилищные условия семьи:
 - комната в общежитии;
 - отдельная квартира;
 - ребёнок не имеет отдельной комнаты, разделяет комнату с _____;
 - ребёнок имеет отдельную комнату
6. Имеется ли необходимое для психомоторного развития ребёнка оборудование?
 - да;
 - частично;
 - не имеется.
7. Есть ли у ребёнка материалы для различных видов творческой и развивающей деятельности?
 - игрушки;
 - карандаши, фломастеры, краски, бумага, пластилин;
 - мячи, гимнастические палочки и т.п.;
 - детские музыкальные инструменты;
 - другие предметы и материалы _____
8. Взаимоотношения в семье:
 - неблагоприятные;
 - благополучны отчасти;
 - благополучны;
 - другое мнение _____

9. Как изменилась Ваша жизнь с рождением ребёнка?

- полностью;
- частично;
- практически не изменилась;
- Ваш ответ _____

10. Вы часто общаетесь с ребёнком дома?

- нет;
- иногда;
- постоянно.

11. Кто из членов семьи больше занимается ребёнком? _____

12. В свободное время ребёнок чаще находится вместе с Вами _____,

у родственников (бабушки, дедушки, тёти, дяди) _____

13. Чем чаще всего в свободное время Вы занимаетесь вместе с ребёнком?

- играете вместе;
- посещаете магазины, выставки, музеи;
- смотрите вместе телепередачи (какие преимущественно);
- читаете литературу (какую);
- занимаетесь хозяйственными делами;
- другие занятия _____

14. В семье есть литература:

- для детей;
- по вопросам развития и воспитания детей;
- по проблемам взаимоотношений между членами семьи;
- по вопросам обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития;
- другая литература _____

15. Источники получения Вами информации о воспитании ребёнка:

- телепередачи, радиопередачи;
- чтение специальной литературы;
- беседы и консультации с педагогами-дефектологами, психологом, социальным педагогом, врачами и другими специалистами;
- жизненный опыт;
- другие источники _____

16. Пользуетесь ли Вы помощью, советами других людей (родственников, знакомых, педагогов), если не знаете, как реагировать на поведение своего ребёнка?

- никогда, решаем все проблемы самостоятельно;
- иногда;
- часто.

17. Вы считаете, что собственные интуиция и опыт – лучшие советчики в воспитании

18. Вы слишком сильно переживаете неудачи своего ребёнка:

- нет;
- зависит от ситуации;
- понимаю причину этих неудач, но не могу преодолеть огорчение;
- понимаю причину этих неудач и принимаю поведение своего ребёнка;
- Ваш вариант _____

19. Ваш ребёнок доставляет Вам больше:

- хлопот;
- радости;
- учит новому;
- Ваше мнение _____

20. У Вас бывают конфликты с ребёнком? _____

21. Посещаете ли Вы вместе с ребёнком общественные места?

- да;
- иногда;
- часто.

22. Какие из перечисленных общественных мест Вы посещаете обычно вместе с ребёнком?

- магазин;
- поликлиника;
- библиотека;
- театр, кинотеатр;
- выставки;
- поездки в общественном транспорте;
- Ваш вариант _____

23. Отпускаете ли Вы своего ребёнка одного перемещаться по городу? _____

24. Что Вы делаете чаще (можно подчеркнуть 2–3 варианта ответа)?

- посещаете своих родственников вместе с ребёнком;
- принимаете своих родственников у себя дома;
- зовёте в гости друзей своего ребёнка;
- ходите вместе с ребёнком в гости к своим друзьям;
- отпускаете ребёнка одного в гости к знакомым, на улицу;
- обычно Вы ходите в гости к знакомым без ребёнка;
- остаётесь дома всей семьёй;
- Ваш вариант _____

25. Ваш ребёнок больше всего любит заниматься _____

26. Доверяете ли Вы своему ребёнку выполнение несложной домашней работы? _____
Если «да», то какой именно? _____

27. При взаимодействии с другими детьми Ваш ребёнок:

- доброжелателен, стремится к контактам;
- часто конфликтует, не стремится играть вместе с другими;
- предпочитает играть один.

28. При взаимодействии с другими детьми Ваш ребёнок спрашивает у них разрешения, чтобы взять игрушку или другой предмет, с которым уже играют? _____

29. При контактах с детьми Ваш ребёнок:

- играет или выполняет свою работу рядом с другими;
- контактирует с одним ребёнком;
- играет вместе с несколькими детьми.
- предпочитает играть один.

30. Ребёнок следует правилам игры в группе сверстников (старших детей):

- да, всегда;
- иногда;
- не следует правилам игры;
- не знаю.

31. Ребёнок обращается, при необходимости, за помощью к окружающим:
- членам семьи;
 - родственникам;
 - ровесникам;
 - старшим детям;
 - незнакомым людям;
32. Приветствует, благодарит, знакомых людей:
- сам, без напоминания;
 - с напоминанием о правилах вежливости.
33. Стремится ли ребёнок к контактам с окружающими? _____
34. Есть ли у Вашего ребёнка хороший друг? _____
35. Любит ли ребёнок участвовать в общении со взрослыми _____ ;
с детьми _____ ?
36. В контактах с окружающими предпочитает:
- маму;
 - других членов семьи _____ ;
 - родственников _____ ;
 - друзей-ровесников;
 - друзей старшего возраста;
 - незнакомых людей.
37. Отвечает ли ребёнок на звонки по телефону, умеет ли сам звонить и передавать новости? _____
38. Знает ли ребёнок правила поведения в общественных местах? _____
Соблюдает ли эти правила? _____
39. Умеет ли ребёнок самостоятельно делать покупки в магазине? _____
40. Сможет ли Ваш ребёнок высказать свою просьбу, желание обслуживающему персоналу в общественном месте, в местах культурного времяпровождения (кафе, парк, поликлиника, парикмахерская, транспорт, библиотека, театр и т. п.)? _____
41. Приветствуете ли Вы участие родителей в совместной с детьми деятельности в условиях специального учреждения? _____
42. Готовы ли Вы к сотрудничеству со специальным учреждением? _____
43. Если представится возможность, согласны ли Вы принять участие в работе с детьми в группе? _____
44. Какую деятельность Вы можете осуществлять совместно с детьми в условиях специального учреждения?
- игры;
 - чтение литературы;
 - организация экскурсии по месту своей работы;
 - подготовка и проведение мероприятий для детей в группе;
 - изготовление пособий для детей в группе.
 - Ваши предложения _____
45. Каковы Ваши сведения о работе учреждения, посещаемого Вашим ребёнком?
- полные;
 - частичные;
 - отсутствуют.
46. Какие дополнительные услуги в воспитании и развитии ребёнка Вы хотите получить от специалистов учреждения? _____

47. Какая психолого-педагогическая помощь Вам необходима в воспитании ребёнка?

48. На что, в первую очередь, должно быть направлено внимание специалистов в отношении Вашего ребёнка?

- здоровье;
- физическое развитие;
- хорошее образование;
- развитие способностей (творческих, познавательных, умственных, коммуникативных, речевых и др.) _____;
- нравственные качества _____;
- личностные качества (самостоятельность, активность, уверенность, инициативность, и т. д. _____);
- социальная адаптация (включение в общество);
- Ваше мнение _____

49. Каково Ваше отношение к специальной, коррекционно-педагогической и коррекционно-психологической, помощи, оказываемой Вашему ребёнку?

50. Возможно, на Ваш взгляд, преодолеть имеющиеся недостатки в развитии Вашего ребёнка? _____

51. Какие недостатки в психофизическом развитии Вашего ребёнка, на Ваш взгляд, могут быть преодолены и в какой степени?

52. Что, по Вашему мнению, необходимо для преодоления недостатков в развитии?

53. Каковы Ваши пожелания к содержанию и качеству работы специалистов с Вашим ребёнком? _____

Спасибо за искренние ответы!

Ценными для психолого-педагогического изучения особенностей социальной адаптации детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития являются материалы, полученные в ходе бесед с учителем-дефектологом, психологом, социальным педагогом. Комплексные обобщённые сведения специалистов, достаточно хорошо знающих детей, наблюдающих за ними, осуществляющих коррекционно-педагогическую, социально-педагогическую, психологическую работу могут значительно дополнить характеристику состояния социальной адаптации.

В качестве примера приведём вариант анкеты для сотрудников специального учреждения образования.

АНКЕТА для специалистов

Просим Вас искренне и наиболее полно ответить на вопросы анкеты. Ваши ответы позволят выявить некоторые особенности социальной адаптации ребёнка и определить наличие мотивации к сотрудничеству семьи и учреждения образования. Выберите и подчеркните, пожалуйста, подходящий ответ из предложенных или сформулируйте свой ответ. Спасибо!

1. Имя ребёнка _____
2. Возраст (дата рождения) _____
3. Посещаемое учреждение _____
4. Каков социальный статус семьи, воспитывающей данного ребёнка?

- благополучный;
 - благополучный частично;
5. Взаимоотношения в семье:
- неблагополучные;
 - благополучны отчасти;

- неблагополучный;
 - трудно сказать.
- благополучны;
 - другое мнение
-

6. Занимаются ли с ребёнком дома? нет;
- нет;
 - иногда;

- постоянно;
 - трудно сказать
-

7. Кто из членов семьи больше занимается ребёнком?

8. Есть ли у ребёнка материалы для различных видов творческой и развивающей деятельности? игрушки;
- карандаши, фломастеры, краски, • бумага, пластилин;
 - мячи, гимнастические палочки и т. п.;

- детские музыкальные инструменты, другие предметы и материалы
-

9. Каковы, по Вашему мнению, основные источники получения родителями информации о воспитании их ребёнка? (Может быть более одного варианта ответа)

- телепередачи, радиопередачи;
- чтение специальной литературы;
- педагогом, врачами и другими специалистами;
- жизненный опыт

- другие источники
-

10. Пытаются ли родители искать пути и способы решения проблем своего ребёнка?

- да;
- нет;

- трудно сказать

11. На сколько активны родители в поиске решений проблем развития и воспитания своего ребёнка?

- очень активны;
- активность средняя;
- пассивно принимают проблемы ребёнка;

- не проявляют интереса к проблемам, негативно их воспринимают;
- трудно сказать.

12. Проявляет ли семья интерес к деятельности их ребёнка в условиях учреждения образования?

- проявляет активный постоянный интерес;
- частичный интерес к отдельным моментам жизнедеятельности ребёнка;
- почти не проявляет интереса;
- Ваш вариант _____

13. Существует ли стремление семьи ребёнка к сотрудничеству с учреждением, к участию в совместных мероприятиях?

- да;
- иногда;

- нет;
- трудно сказать

14. В чём проявляется, если оно есть, сотрудничество семьи данного ребёнка и учреждения? _____

15. Какая из сторон чаще выступает инициатором взаимодействия?

- коллектив учреждения, которое посещает ребёнок;
- родители детей;

• другие социальные субъекты (родственники, соседи, друзья ребёнка).

16. Приветствуете ли Вы участие родителей в совместной с детьми деятельности в условиях специального учреждения? _____

17. Какую деятельность, по Вашему мнению, можно осуществлять совместно с родителями и детьми в условиях специального учреждения? (Может быть более одного варианта ответа) игры;

- чтение литературы;
 - организация экскурсии по месту работы родителей;
 - подготовка и проведение мероприятий для детей в группе;
 - изготовление пособий для детей в группе.
- Ваши предложения _____

18. Является ли полным, на Ваш взгляд, представление родителей о возможностях и потребностях их ребёнка? _____

19. Адекватно ли оценивают родители возможности своего ребёнка?

- Да;
- Нет;
- трудно сказать.

20. Понимают ли родители важность и обязательность комплексной помощи в работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата?

- да;
- нет;
- трудно сказать.

21. Что, на Ваш взгляд, родители считают наиболее важным для их ребёнка? (Может быть более одного варианта ответа)

- здоровье;
- физическое развитие;
- хорошее образование;
- развитие способностей (творческих, познавательных, умственных, коммуникативных, речевых) _____;
- нравственные качества _____;
- личностные качества (самостоятельность, активность, уверенность, инициативность, и т. д. _____);
- социальная адаптация;
- Ваше мнение _____

22. Существуют ли дополнительные услуги, которые бы хотела получить семья от специалистов учреждения по проблемам воспитания и развития ребёнка? ____ Если «да», то какие именно?

23. Выполняет ли семья ребёнка рекомендации специалистов учреждения?

- Да;
- Нет;
- Трудно сказать.

24. Какова степень выполнения родителями рекомендаций специалистов?

- Высокая;
- Средняя;
- Низкая;
- Трудно сказать.

25. В чём, на Ваш взгляд, причина складывающегося отношения данной семьи к взаимодействию с учреждением, посещаемым их ребёнком?

- общий культурный уровень семьи (высокий, средний, низкий);
- психологические переживания родителей;
- атмосфера семейного воспитания, взаимоотношения в семье;
- социальный статус (структура семьи, материальная обеспеченность, жилищно-бытовые условия, здоровье родителей, профессиональная занятость и т. п.)

- другие причины _____

26. Ребёнок больше всего любит заниматься (вид деятельности) _____

27. Какова продолжительность занятия любимым делом?

28. При взаимодействии с другими детьми ребёнок:

- доброжелателен, стремится к контактам;
- часто конфликтует;
- не стремится находиться вместе с другими;
- Ваш вариант ответа _____

29. При взаимодействии с другими детьми ребёнок спрашивает у них разрешения, чтобы взять игрушку или другой предмет, с которым уже играют

30. При контактах с детьми ребёнок:

- играет или выполняет свою работу рядом с другими;
- контактирует с одним ребёнком;
- играет вместе с несколькими детьми.
- предпочитает играть один.

31. Ребёнок следует правилам игры в группе сверстников (старших детей): да, всегда;

- иногда;
- не следует правилам игры.

32. Ребёнок обращается, при необходимости, за помощью к окружающим (Может быть более одного варианта ответа):

членам семьи, родственникам;

- педагогам, психологу;
- ровесникам;
- старшим детям;
- незнакомым людям.

33. Приветствует, благодарит, знакомых людей (вербально, невербально):

- сам, без напоминания;
- с напоминанием о правилах вежливости.

34. Стремится ли ребёнок к контактам с окружающими? _____

35. Есть ли у ребёнка хороший друг? _____

36. Любит ли ребёнок участвовать в общении со взрослыми ___ с детьми _____?

37. В контактах с окружающими предпочитает (Может быть более одного варианта ответа):

- маму;
- других членов семьи _____;

- родственников _____
- педагогов,
- других специалистов учреждения;
- ровесников;
- детей старшего возраста;
- незнакомых людей.

38. Какие из перечисленных общественных мест, по Вашим сведениям, посещает) обычно вместе с ребёнком его семья? (Может быть более одного варианта ответа)

- магазин;
- поликлиника;
- библиотека;
- театр, кинотеатр;
- выставки;
- поездки в общественном транспорте;
- другой вариант _____

39. Может ли ребёнок самостоятельно реализовывать социальные ролевые функции (делать покупки в магазине, покупать проездной билет, находить нужный объект бытового обслуживания и т. п.)? _____

40. Знает ли ребёнок правила поведения в общественных местах? _____
Соблюдает ли эти правила? _____

41. Ребёнок послушен, подчиняется требованиям педагогов

- да;
- обычно да;
- иногда;
- нет.

42. В какие игры любит играть?

43. Какие роли предпочитает в игре (кем хочет быть в игре?) _____

44. Ребёнок занимает в игре (в другой деятельности) позицию

- активную
- пассивную

45. Соблюдает ли правила игры?

- да;
- часто;
- иногда;
- не соблюдает.

46. Умеет ли сам организовать игру? _____

47. Проявляет ли творческую активность в игре? _____

48. Как долго длится взаимодействие, контакт с другими детьми во время совместной групповой деятельности (игры)? _____

49. Участвует ли ребёнок в массовых мероприятиях, организуемых и проводимых специалистами учреждения? _____

50. Какова позиция ребёнка в ходе проведения таких мероприятий?

- активный участник;
- пассивный наблюдатель;
- не принимает участия.

Спасибо за ответы!

2.6 Структура и содержание индивидуальной программы развития ребёнка с ТМНР

Проектирование индивидуальной коррекционно-развивающей программы предваряет тщательное комплексное обследование ребёнка, выявление уровня сформированности изучаемого состояния или процесса, функции. Учитывается, прежде всего, не возрастной фактор, а актуальный уровень развития, компенсаторные возможности, структура нарушения, индивидуально-типологические особенности, степень самостоятельности ребёнка. Иными словами, индивидуальная программа составляется с учётом выявленных нарушений, психофизических особенностей и потребностей конкретного ребёнка (запроса его семьи).

При планировании индивидуальной коррекционно-развивающей программы для детей с тяжёлыми и множественными нарушениями (с комплексными нарушениями в развитии), отмечает М.В. Жигорева, необходимо опираться на ряд основополагающих *принципов*.

1. *Принцип подробного изучения определённой категории детей* с целью выявления индивидуальных психологических, клинических особенностей, квалицирования вида и определения структуры дефекта.

Учёт результатов клинко-психолого-педагогического изучения каждого ребёнка (выяснение первопричины нарушения, анализ в каждом конкретном случае сложных взаимовлияний проявлений отклонений) позволяет определить его компенсаторные возможности и резервы развития, оптимально спроектировать коррекционно-развивающую программу.

2. *Принцип междисциплинарного подхода*, подразумевающий объединение влияний разных научных дисциплин (разделов специальной педагогики) на коррекцию всех структурных компонентов сложного нарушения при составлении индивидуальных программ.

3. *Принцип интегрированного подхода*, предусматривающий отбор разделов и тематического содержания из уже существующих программ для определённой категории детей с ориентацией на те разделы, которые раскрывают коррекцию имеющихся нарушений у данного ребёнка, отвечают его потребностям и возможностям.

4. *Принцип соблюдения дозированнойности объёма изучаемого материала* с целью обеспечения возможности его реального усвоения конкретным ребёнком и рационального использования времени на изучение всех разделов учебной программы для детей с соответствующими нарушениями.

При этом учитываются замедленный темп усвоения учебного материала, более низкие показатели психофизического развития того или иного ребёнка. Целесообразно при составлении индивидуальной коррекционно-развивающей программы в связи с характером нарушения сократить или даже исключить, а возможно, увеличить некоторые разделы

учебной программы, выделить более продолжительный период на изучение определённого раздела, варьировать последовательность изучения тем, адаптировать используемый дидактический и речевой материал.

5. *Принцип учёта межпредметных связей*, единства изучения определённого учебного предмета с другими учебными дисциплинами. Это даёт возможность использовать разные методические приёмы работы, заимствованные из арсенала других дисциплин, параллельно отрабатывать материал из различных разделов на одном занятии, одни и те же знания и навыки на разных видах занятий и в разных видах деятельности, взаимодополнять программные темы.

6. *Принцип тематической взаимосвязанности учебного материала* способствует лучшему закреплению содержания обучения, поскольку предусматривается возможность сделать тематически близкие предметы объектом внимания в разных видах и формах деятельности, на разных учебных занятиях и вне их. Многократное исследование одних и тех же объектов в разных ситуациях, повторение слов и фраз при их характеристике способствуют их пониманию и усвоению, развитию речи.

7. *Принцип линейности и концентричности* при построении индивидуальной программы заключается в соблюдении определенной систематической последовательности при расположении тем, которая учитывает степень сложности материала, его объём, логическую связь предыдущего материала с последующим, возможность повторения изученного материала для его более прочного усвоения.

8. *Принцип инвариантности программного материала* предусматривает наличие пропедевтических периодов для восполнения недостающих знаний и представлений у детей, возможность видоизменения содержания разделов, последовательности их изучения, комбинирования материала, использования нетрадиционных приёмов и методик, элементов технологий, учитывающих потребности и реальные возможности конкретного ребёнка [45].

Программа обычно включает:

- пояснительную записку, где даётся концептуальное основание программы, описываются условия организации учебного процесса, режим работы и нагрузка ребёнка с учётом медицинских показаний, время, продолжительность и количество занятий, предполагаемый период работы по программе;

- психолого-педагогическую характеристику ребёнка, описание актуального уровня развития ребёнка (результаты диагностического исследования);

- формулировку цели и задач;

- перечень направлений коррекционно-педагогической работы;

• цикл заданий, дидактических игр и упражнений, рекомендации для специалистов или родителей по их выполнению.

Следует предусмотреть мониторинг динамики развития ребёнка в течение учебного года (не менее трёх раз) и возможность корректировки индивидуальной программы, внесение изменений в её содержание в связи с достижениями ребёнка или возникшими трудностями, в связи с изменившимися запросами семьи, которая привлекается в процесс проектирования коррекционно-развивающей программы для своего ребёнка.

Методы и приёмы коррекционной работы тщательно анализируются и отбираются с ориентацией на результаты диагностического исследования, сохранные функциональные системы, специфические проявления индивидуального психофизического развития и условия семейного воспитания.

Наиболее целесообразно в работе с детьми с тяжёлыми и множественными нарушениями использовать наглядные и практические методы обучения, которые на первых порах обучения, как правило, будут превалировать над группой словесных методов. Соотношение и чередование используемых методов меняется в зависимости от индивидуальных особенностей и появляющихся возможностей ребёнка по мере освоения учебного материала.

В качестве примера приведём программу коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции, разработанной по результатам диагностики для ребёнка *Артёма Я., 11 лет* (таблица 2.7).

Индивидуальная программа коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции для учащегося Артёма Я.

1. Организация коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции

Процесс формирования того или иного навыка у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями происходит с большим трудом и требует длительного времени. Он может быть разделен на следующие этапы:

Первый этап – подготовительный. Задача – создать у ребёнка положительное отношение, например, к умыванию (основной метод – метод эмоционально-положительного примера).

Второй этап – дидактический. Задача – обучить первичному усвоению приемов выполнения того или иного действия (основной метод – метод показа).

Одновременно с реализацией первого и второго этапов рекомендуется проводить *занятия по модификации поведения ребёнка*.

Третий этап – практическое усвоение (самый продолжительный этап). Осуществляется при помощи метода упражнения. Формируемые умения включаются в игры и фрагменты коррекционных занятий с учителем-дефектологом, педагогом-психологом.

Четвертый этап – контроль усвоения с целью определения уровня сформированности определенного навыка будет осуществляться с использованием индивидуальных оценочных листов:

1. До 30 апреля 2010 г.
2. До 31 мая 2010 г.
3. До 30 сентября 2010 г.
4. До 31 октября 2010 г.
5. До 30 ноября 2010 г.

2. Критерии оценки результативности работы по программе

Результаты позитивного продвижения по пути формирования умения можно оценить по следующим критериям.

1. Перемещение с позиции, описывающей состояние развития данного умения на предыдущем этапе, на следующую позицию:

- («+» – полная независимость при выполнении (выполняет 5 раз из 5 попыток самостоятельно);
- «/» – частичная зависимость при выполнении
- (выполняет с помощью – указать в следующем столбце форму помощи);
- «-» – полная беспомощность и дезадаптированность ребёнка, отказ от выполнения – умение отсутствует (не выполняет при любой форме помощи).

2. Пошаговое сокращение помощи педагога.

3. Положительный итог сравнения последующих разделов оценочных листов с предыдущими.

4. Установление партнерских отношений между специалистами и родителями, диалога в обсуждении работы по программе.

Таблица 2.7 – Программа коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции Артёма Я.

Задачи коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции	Ожидаемый результат	Содержание коррекционно-развивающей работы по формированию социально-бытовой компетенции
<p>I. Социальный компонент Формировать умения социального взаимодействия:</p>	<p><u>Выполняет самостоятельно:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поддерживает контакт: принимает участие в совместных играх (занятиях). 2. Завершает контакт: машет рукой на прощание 3. Завершает контакт: употребляет ли слова «до свидания» (пока) на прощание? 4. Употребляет для выражения просьбы слово «пожалуйста» 5. Играет в игры (принимает участие в занятиях), требующие взаимодействия <p><u>Выполняет с помощью:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Устанавливает контакт: наблюдается ли реакция (слово, звук, жест), когда в поле зрения оказывается незнакомый человек, который стремится к взаимодействию? 2. Зовёт взрослого для взаимодействия (игры, занятия) 3. Умение оказывать услуги другим: выполняет ли вашу просьбу (приносит ли (даёт ли) нужный вам предмет)? 4. Умение делиться информацией: когда вы вместе рассматриваете книгу с картинками, указывает ли на заинтересовавшую его картинку (вербально, невербально), приглашая вас тоже посмотреть? 5. Согласие с высказанным суждением: кивает ли головой (выражает мимикой, жестами), когда правильно называют знакомый ему предмет 6. Несогласие с высказанным суждением: качает головой (выражает мимикой, жестами), когда неправильно называют знакомый ему предмет 7. Демонстрирует любовь (гладит, целует) 8. Играет рядом с другими, иногда меняясь с ними игрушками 9. Пытается утешить других, когда им плохо 10. Помогает в простых домашних делах, подражая взрослым 11. Пытается доставить удовольствие другим 12. Может ответить на телефонный звонок 13. Может находить подходящее занятие для проведения досуга: взять какую-нибудь игру для себя, найти себе какое-нибудь занятие. 14. Ответственно ведёт себя на общественных мероприятиях (может отыскать и занять свое место, с началом мероприятия вести себя тихо, эмоционально реагировать с помощью аплодисментов) 	<p>Раздел 8 Перечень упражнений</p>

<p>II. Личностный компонент</p> <p>Формировать основные умения воспринимать, воспроизводить и использовать информацию о себе, своей семье и окружающих</p>	<p><u>Выполняет самостоятельно:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Знает свой возраст <p><u>Выполняет с помощью:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выбирает карточку с записанным на ней адресом 2. Знает, как зовут учителя (называет имя, отчество) 3. Знает, как зовут учителя (показывает жестом, когда учителя называют по имени, отчеству) 4. Называет по имени знакомых детей 5. Различает по имени знакомых детей 6. Реагирует на похвалу невербально: радуется, дает понять, что доволен собой 7. Реагирует на порицание невербально: огорчается, дает понять, что недоволен собой 	<p>Раздел 8 Перечень упражнений</p>
<p>III. Бытовой компонент</p> <p>Формировать умения самообслуживания</p>	<p><u>Выполняет самостоятельно:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наливает напиток из прозрачного небольшого сосуда в прозрачную чашку самостоятельно 2. Смывает за собой 3. Купается: принимает ванну или душ, самостоятельно регулируя температуру воды 4. Купается: использует мыло и мочалку 5. Купается: моет волосы шампунем 6. Вытирается полотенцем 7. Надевает куртку (кофту) 8. Застегивает пуговицы 9. Застегивает застежку «молния» 10. Накрывает на стол: ставит салфетки, приборы <p><u>Выполняет с помощью:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пользуется ножом (отрезает небольшие кусочки пищи (мясо, овощи) самостоятельно) 2. Завязывает шнурки 3. Вытирает стол влажной тряпкой 4. Подметает пол щеткой 5. Собирает мусор в совок 6. Заправляет свою постель 7. Отличает грязную одежду от чистой 8. Чистит одежду щеткой 9. Чистит обувь (протирает губкой) 	<p>Раздел 8 Перечень упражнений</p>

Вопросы и задания:

1. Каковы задачи и методы изучения ребенка с ТМНР?
2. В чем заключаются специфические требования к организации и проведению комплексного обследования детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития?
3. Раскройте сущность требований к характеристикам стимульного материала при изучении ребёнка с ТМНР.
4. Почему особое значение в диагностике имеют качественные параметры оценки выполнения диагностических заданий?
5. В чем заключается динамическое изучение детей с ТМНР в процессе коррекционного воспитания и обучения?
6. Объясните особенности использования, достоинства и недостатки формальных и неформальных методов исследования в изучении ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития.
7. Какие аспекты социальной адаптации позволяет выявить изучение семьи ребёнка с тяжёлыми нарушениями психофизического развития?
8. Обоснуйте необходимость привлечения к сбору информации о ребёнке специалистов разного профиля и родителей. Какие сведения помогают получить каждый из них?
9. Назовите основные показатели, позволяющие охарактеризовать социально-бытовую адаптированность ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития.
10. Изучите имеющиеся программы диагностики и формирования социально-бытовых навыков у детей с тяжёлыми нарушениями развития.
11. Продумайте содержание беседы с родителями и специалистами ЦКРОиР, целью которой было бы выяснение особенностей социально-бытовой адаптации ребёнка.
12. Охарактеризуйте ведущие принципы планирования коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжёлыми нарушениями развития. Обоснуйте необходимость опоры на них при составлении индивидуальной коррекционно-развивающей программы для ребёнка.
13. Каковы структура и содержание индивидуальной коррекционно-развивающей программы ребёнка с ТМНР?
14. Раскройте основные положения методики *PORTAGE* (см. раздел оригинальные тексты).

Тестовые задания:

1. *Какие методы психолого-педагогического исследования могут быть отнесены к основным?*

- а) тестирование;
- б) наблюдение;
- в) беседа.

2. *Какие методы психолого-педагогического исследования могут быть отнесены к неформальным?*

- а) опрос (анкетирование);
- б) эксперимент;
- в) анализ продуктов деятельности.

3. *Какая диагностическая методика из перечисленных ниже не может быть использована при обследовании дошкольников с ТМНР?*

- а) «таблицы Шульте»;
- б) «доски Сегена»;
- в) «четвертый лишний».

4. *Какой признак нарушения мышления является наиболее характерным для умственно отсталых детей?*

- а) снижение уровня обобщения;
- б) ограничение словарного запаса;
- в) снижение объема памяти;
- г) неустойчивость внимания.

5. *Основной способ решения наглядно-практических задач у детей с олигофренией – это...*

- а) логический отбор;
- б) интуитивный отбор;
- в) метод проб и ошибок;
- г) абстрактный анализ.

6. *Структура индивидуальной коррекционно-развивающей программы ребёнка с ТМНР содержит следующие компоненты:*

- а) все ответы верные;
- б) психолого-педагогическая характеристика ребёнка;
- в) формулировка цели и задач;
- г) перечень направлений коррекционно-педагогической работы;
- д) цикл заданий, дидактических игр и упражнений, рекомендации для специалистов или родителей по их выполнению;
- е) пояснительная записка.

Оригинальные тексты

Былино, М.В. Взаимодействие с семьей: домашнее визитирование // М.В. Былино [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.asabliva.by/sm_full.aspx?guid=21323 – Дата доступа: 14.03.2013.

<...> Важное место в системе обучения и воспитания детей с нарушениями развития отводится семье, вовлечению родителей в качестве равноправных членов в процесс развития ребенка, его социализации и интеграции.

Актуальность организации и осуществления ранней социализации и интеграции в обществе детей с нарушениями развития обусловлена следующими факторами:

- увеличение количества детей с особенностями психофизического развития и важность их выявления с целью своевременного оказания ранней коррекционно-педагогической помощи;
- имеющаяся в республике практика раннего выявления детей с особенностями психофизического развития, обеспечения своевременной социальной интеграции не в полной мере соответствует потребностям родителей в таких услугах.

В силу разных причин в Беларуси затруднено предоставление услуг по месту жительства и равный доступ к ним, также как и квалифицированная помощь детям, которая невозможна без взаимодействия с семьей и обучения специалистов тому, как работать с семьей. Данные факторы обусловлены отсутствием научно-обоснованных технологий семейного воспитания детей с особыми потребностями.

В системе специального образования дети раннего и дошкольного возраста с особенностями психофизического развития имеют возможность получать надомное обучение, которое является одним из возможных путей оказания услуг. Однако многое предстоит сделать в плане структурного обучения, использования интерактивных методик, оценки и мониторинга, холистического подхода, развития партнерства между родителями и специалистами.

Одной из наиболее результативных методик в обучении и воспитании детей в условиях семьи является *PORTAGE (Портаж)*.

Портаж (англ. Portage) – это образовательная услуга на дому для детей дошкольного возраста, имеющих особые потребности, которая помогает родителям поддерживать обучение и развитие своего ребенка в партнерстве со специалистом. Термин «Портаж» используется также для обозначения методологии данной работы. Впервые данный вид работы был осуществлен в американском городе Портаж (Portage), штат Висконсин, США, в 1970-х годах, откуда и получил свое название. Впоследствии основные приемы и методы данной работы, приспособленные к местным условиям, были заимствованы рядом стран, в том числе и в Европе.

Цели PORTAGE

- работать с семьями, чтобы помочь им построить для себя и детей качественную жизнь, где они могли бы вместе учиться, вместе играть, иметь право участвовать в делах своего сообщества и быть им принятыми;
- помогать в снижении барьеров инвалидности, которые могут появиться на пути детей и их семей, которым оказываются услуги по системе *PORTAGE*;
- поддерживать развитие услуг принятия в общество детей на местном и национальном уровне.

Концепция PORTAGE

<...> *Домашнее визитирование.* Основой модели Портаж является посещение семьи специалистом по домашнему визитированию. С помощью этих посещений родители приобретают способность научиться приемам структурного преподавания и применять их в своем ежедневном общении с ребенком. Родители учатся тому, как наблюдать за ребенком, как планировать достижимые цели и как поощрять желательное поведение. Каждое посещение имеет свои особенности и время, уделяемое каждому элементу, зависит от приоритетов родителей.

Специалист по домашнему визитированию расскажет семье о процессе оценки, целью которой является получение целостной картины текущего прогресса ребенка. Это включает информацию о:

- сильных сторонах ребенка;
- потребностях ребенка;
- мотивации;
- предпочтениях;
- способе игр;
- отношениях с членами семьи.

Целью оценки является получение как можно более полной картины способностей и потребностей ребенка для информированного планирования. Это включает следующие основные аспекты на основе холистического подхода:

При посещении на дому по методике PORTAGE работа проводится таким образом, чтобы все эти элементы имели место во время каждого визита. Семьи, которые начинают работать по методике PORTAGE, делают это только после начального посещения домашнего посетителя, который описывает метод обучения, обсуждает нужды семьи и возможные способы внедрения обучения в повседневную жизнь семьи. Только семья решает, хотят ли они посвятить себя обучению. Если решение положительное (а большинство семей действительно проявляют энтузиазм), то они должны проводить обучение в среднем 30 мин. ежедневно и еженедельно встречаться с домашним посетителем в оговоренное время. Визит может длиться от 1 часа до 1,5 часа. Родители и домашние посетители располагают четкой структурой, разработанной для каждого посещения. Успех этой структуры заключается в том, что она соответствует индивидуальным потребностям каждого ребенка. Основными компонентами являются:

1. Рабочий план семьи

Специалисты проводят наблюдения (другую оценку) за детьми с целью определения их базовых навыков, на основе чего разрабатывают долговременные цели для ребенка и семьи.

С помощью обсуждения и апробирования упражнения во время посещения родители получают четкое представление о том, как будет отрабатываться запланированная игра или другое действие. Преподаватель обучает родителя, как заниматься с ребенком. В течение недели родители самостоятельно отрабатывают упражнение и записывают полученные результаты (таблица, дневник, семейный файл, др.).

Рабочий план семьи пересматривается один раз в неделю во время посещения семьи, а также по мере необходимости, например, если ребенок быстро справляется с поставленной задачей или, наоборот, задача оказалась очень трудной и т. д.

Основными трудностями в работе являются: несоблюдение режима дня в семье, составление логически выстроенных долговременных целей, планирование маленьких шагов, так как родители хотят «быстрого результата»

Содержание семейного файла (рекомендации для родителей)

Это мы

Сюда вы записываете все, что хотите рассказать человеку, впервые приходящему в вашу семью и к вашему ребенку, чтобы вам не приходилось повторять это раз за разом (имя ребенка, контактные данные, важные люди в жизни семьи и т. д.).

Контакты со специалистами

Сюда вы записываете имена и контактную информацию о специалистах.

Не забыть спросить

Сюда вы записываете те вопросы, которые хотели бы задать.

Местная информация

Здесь записана информация об услугах, оказываемых семьям и детям в вашем районе.

Рабочий план семьи

Документ, помогающий вам обсудить приоритеты и договориться о следующих шагах с людьми, контактирующими с вашей семьей или работающими с вашим ребенком.

Форма общей оценки потребностей ребенка

Здесь необходимо хранить форму/информацию общей оценки, если таковая у вас имеется.

Письма и оценки

Храните здесь все текущие документы или информацию об успехах вашего ребенка, которые вы хотите иметь с собой, отправляясь на прием к специалистам.

Примечание. Семейный файл разработан английскими практиками по раннему вмешательству, адаптирован местными специалистами в результате обучения и работы с семьями по использованию данного документа».

2. *Оценка навыков, имеющихся у ребенка.* Как бы ни отставал ребенок в развитии, установка с самого начала должна быть положительной. Родитель и домашний посетитель должны сделать список навыков ребенка, согласно Контрольному листу PORTAGE (аналог предложенных выше оценочных листов). Контрольный лист состоит из 624 поведенческих реакций, объединенных в 5 основных областей развития: социальную, языковую, самообслуживание, познавательное и моторное развитие. Навыки расположены последовательно под каждым заголовком, описывая поведение, которое приобретает ребенок от рождения до 6 лет.

Общий раздел под названием «Стимулирование младенцев», которое охватывает первые 6 месяцев жизни ребенка, предшествует этим 5 разделам.

Родители и домашний посетитель заполняют подробно контрольный лист навыков поведения, которым ребенок обучился. В тех областях, где ребенок сильно отстает в развитии, информация будет относиться к самому раннему развитию. Основная цель этих действий заключается в том, чтобы родители и домашний посетитель делились информацией, основываясь на которой можно было бы строить дальнейшее обучение. Многие родители отмечали, что домашний посетитель PORTAGE был первым человеком, который был заинтересован в том, что ребенок может сделать, в то время как все остальные были озабочены только проблемами.

3. *Цели обучения выбираются в зависимости от навыков ребенка, имеющихся на данный момент.* Пункты, перечисленные в каждом контрольном листе, являются возможными целями программы обучения индивидуально для каждого ребенка. Родители и домашний посетитель обсуждают те навыки, которые предпочтительны для

семьи и будущего обучения ребенка. Например, семье необходимо, чтобы ребенок мог самостоятельно есть; домашний посетитель может порекомендовать обучение ребенка концентрации на более продолжительное время. Оба этих навыка могут стать целью обучения ребенка. Профессионалы, работающие с семьей (логопед, например) тоже могут помочь в определении целей обучения.

4. Обучающие действия планируются в зависимости от навыков ребенка на данный момент. Каждый навык поведения в контрольном листе PORTAGE сопровождается карточкой с описанием действий, в которой предлагаются способы обучения тому или иному навыку. Затем родитель и домашний посетитель обсуждают, как можно преобразовать способ обучения в соответствии с навыками, которые присутствуют у ребенка. Ребенок, который учится самостоятельно есть, например, может сначала учиться держать ложку под наблюдением родителя. Если же у ребенка уже есть этот навык, то следующим шагом может быть обучение черпать еду из тарелки без посторонней помощи.

Каждое обучающее действие моделируется для родителя. Многие родители замечают, что, несмотря на то, что они получили хороший совет от профессионалов, желающих помочь, они не всегда понимают, как эффективно использовать этот совет. Подход PORTAGE решает эту проблему. Каждое обучающее действие, согласованное родителями и домашним посетителем, опробуется домашним посетителем в присутствии родителей. В этом случае любой может видеть, будет ли эффективным данное действие. Иногда то, что кажется хорошей идеей при обсуждении, на практике, при работе с ребенком не действует. В таком случае родители и домашний посетитель должны пытаться снова и снова, пока удачная модель действий не будет найдена. В процессе сотрудничества родители и домашние посетители оказывают помощь друг другу.

5. Родители проводят обучение под наблюдением. Точно так же, как и совместное планирование обучающих действий родителем и домашним посетителем, важно, чтобы оба попробовали совершить эти действия во время посещения. Часто невозможно определить, правильно ли поняты действия для выполнения задания, пока сам не попробуешь их совершить. Более того, некоторые родители говорят, что их ребенок реагирует лучше на посетителя и не желает участвовать в совместных действиях с родителем, если тот выступает в роли учителя. В таком случае, если родитель испытывает трудности, деятельность должна быть преобразована так, чтобы ребенок и родитель могли добиться успеха вместе.

6. Вид деятельности фиксируется. Каждый вид деятельности, разработанный родителем и домашним посетителем, заносится в таблицу. Реакция ребенка на действия также записывается, реакция ребенка на обучение, проводимое впервые, называется базовой записью. Родитель и домашний посетитель решают, какого успеха они могут достичь после ежедневной работы с ребенком в течение недели. Родители очень хорошо прогнозируют, чего ребенок может добиться в течение недели, и они определяют цели на неделю. Мать, которая работает над тем, чтобы ребенок мог самостоятельно есть, может предположить, что к концу недели ребенок сможет без посторонней помощи зачерпнуть пять ложек своего любимого блюда; отец, работающий над увеличением продолжительности концентрации, может ожидать, что его дочь каждый вечер будет слушать и идти на визуальный контакт во время пропевания двух куплетов песенки.

Написание поведенческих целей. Согласно подходу PORTAGE в таблицу заносится каждый новый шаг ребенка во время обучения новому навыку, который отражается в виде точной поведенческой цели обучения. Каждая поведенческая цель очень конкретна и детально описывает, то, что обучаемый сможет делать после приобретения навыка. Поведенческие цели не определяют, какую деятельность или метод обучения вы будете использовать для обучения навыку, – они лишь точно описывают результат.

Ниже следуют примеры поведенческих целей:

- Сара нарисует квадрат по просьбе 4/4 (т. е. 4 раза из 4).
- Питер будет поворачиваться к матери, когда она его зовет по имени 4/6 (т. е. 4 раза из 6).
- Мэри укажет названные детали на картинках 4/5 (т. е. 4 раза из 5).
- Джон будет поднимать руку, если захочет поговорить с учителем 4/6 (т. е. 4 раза из 6).

Каждая поведенческая цель состоит из четырех частей. Она описывает:

- (1) Кто...
- (2) сделает что....
- (3) при каких условиях....
- (4) с какой степенью успешности.

(1) КТО – это человек, который осуществляет деятельность или поведение.

Обычно это ребенок, но цели могут быть написаны для родителя/медперсонала/учителей.

(2) ЧТО определяет поведение, которое будет представлено. Необходимо, чтобы его можно было наблюдать и оценить.

(3) УСЛОВИЯ – условия, при которых ребенок приобретет поведенческий навык, представлены в указаниях к обучению. В идеале они должны быть включены в поведенческую цель. Если на начальных стадиях во время каждой попытки требуется помощь, то её описание также должно быть включено в поведенческую цель

Поведение: «Мэри будет сидеть в течение пяти минут во время прослушивания истории только с одним напоминанием» - здесь даны условия, при которых Мэри будет вести себя соответствующим образом.

Поведение: «Подражая, Питер будет махать рукой на прощание» – здесь говорится о том, что Питеру нужна модель поведения, если нужно выработать этот жест. Поведение: «Элизабет соберет головоломку из шести элементов, при этом ей будут даваться указания в устной форме, как разместить элементы» – здесь говорится, что Элизабет реагирует на вербальную помощь, но не может выполнить действие самостоятельно.

(4) СТЕПЕНЬ УСПЕШНОСТИ – цель должна указывать, какого успеха добьется ребенок в приобретении поведенческого навыка в конце обучающего периода.

Успех обычно выражается в количестве раз, когда наблюдается правильная поведенческая реакция, по сравнению с количеством всех попыток. Например:

Подражая, Питер будет махать на прощание рукой 3/4 раза.

Джон будет говорить «ничего нет», когда поставит свою пустую кружку 3/6 раз.

Деятельность Джона показывает, что от него всего лишь ожидают выполнить то, что для него является новым и сложным навыком, лишь иногда. Позднее от него ожидают выполнения деятельности 6/6 раз, т. е. он будет способен выполнять это постоянно. <...>

3. Особенности организации и содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с ТМНР в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

3.1 Организация образовательного процесса в ЦКРОиР

Обучение и воспитание детей с тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями развития осуществляется в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР), который может быть создан как государственное или частное учреждение специального образования.

Среди основных *функций* ЦКРОиР следует выделить: организацию образовательного процесса лиц с ОПФР в условиях данного учреждения и на дому для детей с ТМНР в соответствии с медицинскими показаниями; оказание коррекционно-педагогической помощи детям с ОПФР и осуществление работы по социальной реабилитации лиц с ТМНР; оказание социально-педагогической поддержки и психологической помощи воспитанникам и их законным представителям и др.

Организация образовательного процесса в ЦКРОиР осуществляется в соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании, Положением о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (см. Приложение Б). Деятельность ЦКРОиР регламентируется также Конституцией Республики Беларусь, уставом учреждения и иными законодательными актами.

Сотрудники ЦКРОиР – это специалисты разного профиля (медики, педагоги, психологи, педагоги социальные), вносящие свой профессиональный вклад в реализацию комплексной, всесторонней помощи детям с особенностями психофизического развития.

Образовательный процесс детей с ТМНР дошкольного возраста (воспитанники от трёх до восьми лет) и учащихся в возрасте от восьми лет и старше реализуется учителем-дефектологом и воспитателем. Часть занятий по образовательным областям может обеспечиваться узкими специалистами. Организуется образовательный процесс в течение пятидневной учебной недели. Срок обучения в ЦКРОиР составляет девять лет [112].

Коррекционные занятия проводятся учителем-дефектологом индивидуально, в группах или в подгруппах. Кроме того, коррекционная работа может осуществляться в ходе различных режимных моментов в течение всего времени пребывания ребёнка в ЦКРОиР.

Соответствующая организация образовательного процесса в ЦКРОиР, его гуманистическая, коррекционная, практическая направленность, фасилитативность обеспечивают результативность и качество обучения и воспитания ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития.

Применение термина «фасилитативность» (от англ. «*facilitate*» – облегчать, содействовать, способствовать) в педагогике связано с такой организацией личностно-ориентированного образовательного процесса, при которой создаются условия для максимально комфортного, свободного взаимодействия между его участниками, рассчитывающими на уважение, принятие, взаимопонимание. Педагог-фасилитатор может выступать как посредник, помощник, облегчающий взаимодействие между ребёнком с ТМНР и другим лицом, испытывающим трудности в понимании желаний, движений, особых знаков такого ребёнка.

Специфика учебного процесса в условиях ЦКРОиР определяется сложным контингентом учащихся: наличием целого ряда отклонений, их познавательными, речевыми возможностями, трудностями усвоения программного материала. Детям с ТМНР оказывается недоступным получение образования в соответствии с образовательными стандартами специального образования. В связи с этим содержание их обучения ориентировано на получение основ знаний об окружающем мире, приобретение навыков самообслуживания, овладение предметной, игровой деятельностью, элементарными трудовыми навыками, включение в социальное и социально-эмоциональное взаимодействие, соблюдение общепринятых норм поведения в повседневной жизни.

В методике обучения и воспитания лиц с ТМНР, которая представляет собой совокупность определенного содержания и методов обучения и воспитания, используются известные и подробно рассмотренные в психолого-педагогической литературе методы и приёмы, отличающиеся, однако, своей специфичностью.

В коррекционном обучении особенности применения и сложного, комбинированного сочетания словесных, наглядных, практических методов определяются возрастным фактором, структурой и степенью выраженности нарушения, ведущими ограничениями жизнедеятельности ребёнка, конкретной педагогической ситуацией.

Сугубо индивидуальные различия детей с ТМНР обуславливают *индивидуализацию их обучения*, под которой понимается возможность выбора содержания, способов, приёмов, средств, темпа обучения в соответствии с возможностями и особенностями учащегося (Г.К. Селевко, А.В. Хуторской, В.Д. Шадриков и др.).

Как правило, для детей рассматриваемой категории, изначальный уровень развития которых значительно отличается от основной группы учащихся, разрабатывается индивидуальный образовательный маршрут обучения, реализуемый в условиях ЦКРОиР или на дому, если на это существуют специальные медицинские показания. Для ребёнка

составляется индивидуальная программа на основе диагностических данных и с учётом индивидуальной траектории развития, максимально приближенная к его потребностям и интересам.

В структуре занятий и уроков предусмотрены:

- вариативность предлагаемых заданий, видов деятельности и их последовательности;
- цикличность изучения программного материала;
- подача материала небольшими порциями с обязательным его повторением и закреплением как на занятиях, так и, по возможности, во внеучебное время;
- учёт психофизических особенностей детей (наличие подвижных, игровых пауз, упражнений на релаксацию, смена видов деятельности, темпа занятия, соблюдение санитарно-гигиенических норм и режима и др.).

Важным представляется создание в учреждении образования условий для воспитания, которое, как отмечал Л.С. Выготский, «будет забегать вперёд и подтягивать развитие ребёнка за собой».

Основные *принципы* воспитания детей с нарушениями психофизического развития – культуросообразности, общественной направленности, создания воспитывающей среды, единства воспитательных воздействий, опоры на положительное в ребёнке, гуманизации, природосообразности, индивидуализации – ориентируют на выделение специальных задач коррекционно-воспитательной работы в связи с имеющимися ограничениями жизнедеятельности ребёнка с ТМНР.

Воспитательный процесс в ЦКРОиР характеризуется коррекционной направленностью. *Коррекционно-воспитательная работа* направлена на коррекцию познавательной деятельности, физического развития в совокупности с формированием личности ребёнка с особенностями психофизического развития.

Спецификой воспитательного процесса детей с ТМНР является необходимость наряду с решением задач воспитания различных видов отношений (к себе, к окружающему социальному и предметному миру) и их типов (нравственных, гражданских, эстетических и т. д.) обеспечить удовлетворение особых потребностей в формировании социальных, личностных, коммуникативных, поведенческих качеств и навыков [10]; [12]; [18]; [27]; [55]; [90]; [94]; [106]; [107].

Ребёнок с тяжёлыми нарушениями развития включается в тот или иной вид воспитывающей деятельности, организуемой и реализуемой с учётом индивидуальных психофизических особенностей. Существенное

внимание уделяется достижению в такой деятельности предметного воспитательного результата; использованию разнообразных способов стимуляции и мотивации деятельности, приёмов и методов обучения практическим умениям и навыкам, формирования позитивных личностных качеств, приемлемых форм поведения; индивидуализированному оцениванию достижений ребёнка; тщательно продуманному управлению и контролю за воспитательными мероприятиями; положительно окрашенной, благоприятной атмосфере взаимодействия с воспитанниками и ряду других воспитательных моментов (Т.А. Басилова, И.М. Бгажнокова, Н.Ю. Борякова, С.Е. Гайдукевич, Т.Л. Лещинская и др.).

Применение воспитательных методов в отношении детей с тяжёлыми и множественными нарушениями также отличается своей специфичностью. Рекомендуются широко использовать практически-действенные методы (воспитывающие ситуации, игра, упражнения, материальное поощрение) с опорой на визуальную информацию с постепенным переходом к сопровождению словесными методами и приёмами [18].

Таким образом, образовательный процесс детей с ТМНР отличается дифференцированностью, глубокой индивидуализацией, коррекционной направленностью, соблюдением особых требований к созданию образовательной развивающей среды, использованием специфических психолого-педагогических методов, средств и приёмов, организацией обучения на полисенсорной основе, опорой на предметно-практическую деятельность, обязательным использованием стимуляции деятельности, психологической поддержки ребёнка и поощрения даже самых минимальных его успехов.

Результаты образовательного процесса целесообразно оценивать по каждой предметной области применительно к отдельно взятому ребёнку. При этом его продвижение вперед в достижении максимальной самостоятельности и социализации, как ожидаемый результат обучения, оценивается с учётом индивидуальных психофизических особенностей и образовательных возможностей. Степень овладения необходимыми умениями, навыками, знаниями, функциями в условиях специального образовательного процесса оценивается в сравнении с предыдущими, имевшимися достижениями одного и того же ребёнка.

Учебно-воспитательная и коррекционно-развивающая работа в сочетании с лечебно-оздоровительными мероприятиями в условиях ЦКРОиР содействуют укреплению физического и нервно-психического состояния ребёнка, оптимизации его развития и социальной адаптации.

3.2 Цель и задачи коррекционно-педагогической работы с детьми с тяжёлыми нарушениями

Проблема организации и содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с ТМНР является предметом внимания таких российских и белорусских исследователей как И.М. Бгажнокова, Л.А. Головчиц, Т.В. Горудко, М.В. Жигорева, Л.А. Зайцева, Е.М. Калинина, Ю.Н. Кислякова, Т.П. Кунцевич, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская, А.Р. Маллер, О.В. Мамонько, И.Н. Миненкова, В.В. Скрипниченко, Г.В. Цикото, С.Г. Шевченко, Л.М. Шипицына и др.

Коррекционно-педагогическая помощь представляет собой систему «педагогических мероприятий, организуемых для лиц, осваивающих содержание образовательной программы дошкольного образования, образовательных программ общего среднего образования и имеющих стойкие или временные трудности в их освоении» [68].

«Коррекционно-педагогическая помощь направлена на исправление или ослабление психических и (или) физических нарушений, активизацию познавательной деятельности, развитие мотивационной и эмоционально-волевой сфер, формирование навыков общения, общих способностей к учению, что в целом обеспечивает профилактику неблагоприятного хода развития личности обучающегося» [112].

Коррекционно-педагогическую помощь воспитанникам и учащимся ЦКРОиР оказывает учитель-дефектолог в ходе коррекционных индивидуальных, подгрупповых (наполняемость 2–3 человека) и групповых (наполняемость 5–6 человек) занятий, которые посещаются с периодичностью 2–3 раза в неделю. Количество часов для коррекционных занятий соотносится с учебным планом ЦКРОиР.

Содержание коррекционно-педагогической работы зависит от специфики проявлений, тяжести и взаимосвязи нарушений психофизического развития, от конкретных ограничений жизнедеятельности, обусловленных этими недостатками, от возраста ребёнка, его социального окружения и условий воспитания, а также от актуального уровня сформированности знаний, умений, навыков.

Обеспечение социальной реабилитации детей с ТМНР является одной из функций ЦКРОиР, а приоритетной задачей коррекционно-педагогической помощи – развитие индивидуального жизненного опыта ребёнка с учетом его возможностей и потребностей, повышение качества его жизни, оптимизация социальной адаптации. Это соответствует прогрессивной идее мировой практики оказания помощи лицам с особенностями психофизического развития – принципу нормализации жизнедеятельности, согласно которому «Жизнь человека с ограничениями должна быть организована настолько нормально, насколько это возможно».

Современными исследователями отмечается целесообразность использования при характеристике сущности процесса оказания специальной педагогической помощи термина «коррекционно-развивающая работа». При этом *коррекционно-развивающая работа* понимается как специально организованное педагогическое взаимодействие, которое позволяет активизировать обходные пути присвоения и воспроизводства социального опыта, сформировать у ребёнка с особенностями психофизического развития компенсаторные знания и умения.

В контексте социальной модели реабилитации лиц с ОПФР С.Е. Гайдукевич сущность педагогической коррекционно-развивающей работы характеризуется как «профилактика и преодоление ограничений жизнедеятельности ребёнка через определение и удовлетворение его особых образовательных потребностей» [31]. В отличие от медицинской модели реабилитации, происходит преодоление имеющихся нарушений не просто благодаря тренировке тех или иных психических и физических функций, а через нормализацию деятельности ребёнка в разных сферах его жизнедеятельности.

Собственно содержание коррекционно-развивающей работы будет определяться различными сферами жизнедеятельности ребёнка с ОПФР, необходимостью освоения жизненно значимых (ключевых, базовых) компетенций, определяющих успешность социальной адаптации.

Целью коррекционно-развивающей работы рекомендуется рассматривать формирование конкретных диагностируемых и практико-ориентируемых умений, способностей.

Вопросы целеполагания в коррекционно-педагогической работе анализируются в исследованиях белорусских авторов С.Е. Гайдукевич, В.В. Гладкой, Т.Л. Лещинской, И.Н. Логиновой и др. Подчеркивается, что *результатом* коррекционно-развивающей работы становится *личность, способная активно действовать в различных определяемых характером нарушений психофизического развития проблемных ситуациях* (Т.В. Варенова, М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, В.В. Гладкая, И.А. Зимняя, А.М. Змушко, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская, И.Н. Миненкова, Н.М. Назарова, В.Н. Чулков и др.).

Ребёнка с ТМНР надо научить в первую очередь разрешать проблемные ситуации, с которыми он сталкивается в непосредственной повседневной жизни. Наиболее значимыми для него сферами жизнедеятельности в подготовке к максимально возможной самостоятельной взрослой жизни, социальной адаптации выступают:

- уход за собой (элементарные санитарно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания);

- социально-бытовое ориентирование (представление о физическом образе самого себя; умение ориентироваться в быту и окружающей обстановке; знание основ безопасной жизнедеятельности; ориентация во времени; знание социальных норм и основ адекватного поведения в разных социальных ситуациях);
- социальное взаимодействие (владение доступным способом элементарными формами общения, стремление к сотрудничеству, к контактам с окружающими, умение включаться в совместную с другими деятельность);
- бытовая сфера, образовательная и социальная среда (освоение и обогащение манипулятивной, предметно-практической, игровой, элементарной трудовой деятельности и др.) [41]; [97]; [99]; [106]; [111]; [153].

Соответственно, основные направления и задачи коррекционно-развивающей работы с детьми с ТМНР обуславливаются теми ограничениями жизнедеятельности, которые они испытывают в разных сферах жизни.

В отношении детей с тяжёлыми и множественными нарушениями оправдано использование составленных на диагностической основе индивидуальных программ коррекционно-развивающей работы в силу широкого спектра проявлений и сочетаний нарушений развития в каждом конкретном случае, а также их влияния на индивидуальные функциональные ограничения. Любая программа коррекционно-развивающей работы должна опираться на имеющиеся достижения ребёнка (актуальный уровень) и учитывать его потенциальные возможности (зону ближайшего развития) для накопления и активного усвоения нового опыта в разных сферах жизнедеятельности с целью достижения независимого от окружающих образа жизни.

Реализация коррекционно-развивающей работы позволяет оптимизировать учебно-воспитательную работу, поэтому актуальны обеспечение преемственности в работе специалистов с детьми с ОПФР в учебное и внеучебное время, подбор такого содержания дидактического, стимулирующего, коррекционно-развивающего материала, мероприятий обучающего и воспитательного характера, которые можно использовать в разных видах педагогической деятельности.

Таким образом, несмотря на возросший интерес к вопросам обучения, воспитания, коррекции нарушений развития у детей с ТМНР, очень многие аспекты педагогической помощи остаются малоизученными и требующими углубленного, всестороннего изучения в связи с практической необходимостью её оказания. Так, серьёзного внимания учёных и специалистов-практиков заслуживают дальнейшая разработка

программно-методического обеспечения коррекционной помощи, методики коррекционно-развивающей работы, поиск её наиболее эффективных методов и средств; социально-педагогическое и психолого-педагогическое сопровождение детей вне учреждения образования, в условиях семьи, после окончания обучения в ЦКРОиР; обеспечение условий для оптимальной организации коррекционно-педагогической помощи (материально-техническая база, образовательная развивающая среда, соответствующая квалификация специалистов, обязательное вовлечение в коррекционный процесс семьи и др.) и ряд других проблем.

3.3 Участие семьи ребёнка в коррекционно-педагогической работе

Организация педагогической помощи лицам с ТМНР предусматривает обязательное включение родителей в коррекционный процесс обучения и воспитания, своеобразную целенаправленную подготовку семьи специалистами учреждения образования.

Мысль о существенном значении семьи для личностного, социального, познавательного развития детей с особенностями психофизического развития высказывают многие исследователи (Р.Д. Бабенкова, Басилова Т.А., А.П. Ефимов, М.В. Ипполитова, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, А.Г. Московкина, Е.М. Мастюкова, О.Б. Половинкина, Т.И. Серганова, Е.А. Стребелева, В.В. Ткачева, Л.М. Шипицина и др.). Более того, отдельные авторы считают, что семья больного ребенка является не только микросредой, обеспечивающей накопление и усвоение социального опыта, начиная с младенчества, но и средством для его выживания.

Наряду с воспитательной, образовательной, экономической, социализирующей, эмоциональной и другими *функциями* семья ребёнка с особенностями психофизического развития может реализовывать и коррекционно-развивающую, компенсирующую, реабилитационную функции.

Вместе с тем, как показывает практика, родители не всегда готовы участвовать в процессе коррекционной помощи своему ребёнку, возлагая основную нагрузку на плечи сугубо специалистов посещаемого ребёнком учреждения и освобождая, таким образом, себя от занятий. Причинами такого отношения могут быть:

- низкий уровень мотивации родителей;
- неготовность к сотрудничеству;
- недостаточность терпения, настойчивости, времени для занятий;
- трудности в налаживании положительных отношений с ребёнком;
- неуверенность в благополучном исходе занятий, их эффективности и ряд других причин.

В то же время, значительно количество родителей, которые проявляют искреннюю заинтересованность и желание помочь своему ребёнку, испытывают потребность в психолого-педагогическом просвещении, стремятся добиться для своего ребёнка лучших жизненных условий и достойного существования. У родителей формируется понимание того, что социальная адаптация является общей целью и конечным результатом работы специалистов из разных профессиональных областей, требует длительной, серьёзной, кропотливой, систематичной работы, объединения их сил [12]; [90]; [99]; [153]. Тесное сотрудничество ЦКРОиР и семьи позволяет оказать необходимую комплексную помощь нуждающимся, сделать жизнь детей с тяжёлыми нарушениями более самостоятельной и независимой.

Кроме того, команда специалистов разного профиля обеспечивает психолого-педагогическую поддержку родителей, испытывающих глубокие эмоциональные переживания в связи с рождением ребёнка с ОПФР, недостаточность информации об адекватных для его развития условиях жизни, обучения и воспитания, не всегда корректное отношение к своему ребёнку со стороны разных представителей социума и др.

Ведущими задачами специалистов при взаимодействии с семьёй ребёнка с ТМНР, оказании ей социально-педагогической и психолого-педагогической поддержки целесообразно назвать следующие:

- изучение особенностей взаимоотношений в семье и помощь в налаживании благополучного эмоционального микроклимата;
- ознакомление родителей с основными закономерностями психофизического развития ребёнка;
- наиболее достоверное информирование родителей о реальных и перспективных физических и психических возможностях их ребёнка, о правильных подходах в воспитании, способах решения конкретных проблем;
- обучение навыкам повседневного ухода за ребёнком с тяжёлыми нарушениями развития и правилам организации его жизни;
- создание условий для формирования у родителей основ теоретических психолого-педагогических знаний и практических умений, способствующих речевому, психическому, моторному, физическому, социокультурному развитию ребёнка;
- обучение способам взаимодействия со своим ребёнком, вовлечение ближайшего окружения в совместные с детьми деятельность, игры, общение, досуговые мероприятия;

- помощь в организации в условиях семьи образовательной развивающей среды с использованием специальных приспособительных средств;

- обучение родителей адекватным методам психологической коррекции (например, сказкотерапии, пескотерапии, арттерапии, игротерапии и др.).

Получить конкретные рекомендации по решению проблем воспитания, развития, социальной адаптации ребенка семья может на специально организованных информационно-просветительских лекциях, практических семинарах, конференциях, тренингах, на индивидуальных и групповых консультациях, в «семейных клубах» и «школах для родителей», на других мероприятиях, организуемых специальным учреждением образования. Специалисты могут также помочь родителям в выборе литературы, содержащей практические рекомендации, полезные советы и сведения.

В качестве достаточно эффективного метода педагогического просвещения семьи ЦКРОиР используется организация коррекционно-развивающих занятий с ребёнком в присутствии его родителей. Это позволяет во время наблюдения за ребёнком правильно и глубже понять его возможности, достоинства, проблемы, прогнозировать потенциал. Адекватные представления о своем ребёнке оптимизируют преодоление трудностей, выстраивают взаимопонимание и сотрудничество с ним.

Таким образом, основными *формами взаимодействия семьи и учреждения образования* традиционно считаются:

- *индивидуальные*: беседы, консультации, практикумы, посещение занятий;

- *групповые (коллективные)*: родительские собрания, «Вечера вопросов и ответов», заседания «круглого стола», занятия-тренинги, совместные праздники и развлечения, «Дни открытых дверей», «Школы для родителей», родительские и семейные клубы, конференции, семинары-практикумы, кружки для родителей и детей и др.;

- *наглядно-информационные*: выставки детских работ, фотовыставки, видеоматериалы, реклама специальной психолого-педагогической литературы, информационные корзины (ящики), информация через СМИ, памятки, буклеты, брошюры, плакаты, папки-передвижки, листовки и др.

Специалистам ЦКРОиР и родителям важно стать одной командой в отношении поддержки детей с тяжёлыми нарушениями развития. Если педагоги, психологи, врачи определяют проблемы и направляют членов семьи ребёнка, дают советы по обучению и способам взаимодействия, то родители в большей степени имеют возможность закрепить применение

полученных знаний и умений в условиях повседневной жизни. Команде специалистов необходимо уметь разумно объяснять и обоснованно предлагать членам семьи адекватные психолого-педагогические рекомендации. В свою очередь, родителям надо научиться доверять квалифицированным специалистам, которые действуют во благо их ребёнка, стремятся помочь в преодолении многочисленных трудностей. Многие ответственные родители знают и понимают своего ребёнка лучше других, поскольку проводят большую часть времени рядом с ним, сталкиваются с ежедневными проблемами и вынуждены вместе их разрешать, ориентируются в приоритетах развития собственного ребёнка. Отсюда важным представляется обеспечение специальным учреждением образования возможности участия родителей в разработке коррекционно-развивающих программ для своего ребёнка и проведения совместно с учителем-дефектологом отдельных упражнений и занятий.

Для обеих сторон – специалистов и семьи – важно понимать, что только объединение усилий, дополнение друг друга в разных сферах жизни ребёнка, совместное движение к общей цели помогут оптимизировать его психофизическое развитие и социальную адаптацию.

Основными задачами родителей детей с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями выступают:

- создание комфортной и доброжелательной психологической атмосферы, спокойной домашней обстановки;
- создание предметно-развивающей среды в соответствии с потребностями и возможностями ребёнка;
- овладение основами психолого-педагогических знаний, необходимых для развития и социальной адаптации ребёнка;
- закрепление полученных ребёнком знаний в различных жизненных ситуациях в соответствии с рекомендациями специалистов;
- изучение и использование во благо ребёнка законодательно утверждённых прав.

Теоретический анализ специальной литературы, полученные экспериментальные данные позволяют сформулировать некоторые **общие рекомендации членам семьи ребёнка с тяжёлыми и множественными нарушениями.**

Подходить к занятиям необходимо *продуманно* и *организованно*. Важно знать и учитывать особенности конкретного ребёнка: характер заболевания, поведение, личностные характеристики, интересы и предпочтения. Необходимо обеспечивать сохранение и укрепление его здоровья: соблюдать режим бодрствования и отдыха, предлагать нагрузку в соответствии с психофизическим состоянием, выбирать оптимальное время для занятий, когда ребёнок не чувствует себя усталым, а находится в настроении играть и общаться.

Наиболее эффективно ребёнок развивается при *организованном взаимодействии*. В процессе совместной деятельности члены семьи учатся лучше понимать друг друга, налаживаются их взаимоотношения, происходит положительный эмоциональный заряд всех участников взаимодействия. Регулярное и продолжительное общение ребенка и ближайшего окружения помогает познавать мир, вовлекает в активную предметно-практическую и игровую деятельность.

Эффективно и экономически целесообразно использовать практически любые *развивающие игрушки, дидактические материалы и оборудование*, расширяющие представления об окружающем (куклы, игры, картинки, реальные безопасные предметы домашнего обихода, многие другие материальные объекты).

Важнейшим принципом в работе с ребёнком с ТМНР является *поэтапное формирование необходимых умений и навыков*. Формирование любой функции, любого представления и знания должно осуществляться поэтапно и постепенно, продуманно и осторожно обогащаясь и расширяясь. В формировании навыка переходят от непосредственных форм помощи и взаимодействия к опосредованным, характеризующимся самостоятельностью.

Важным в условиях семейного воспитания становится *принцип соблюдения интересов ребёнка*. Он выражается, прежде всего, в создании соответствующих запросам и возможностям детей условий для обучения, воспитания, социальной адаптации.

Родителям следует быть готовыми к *длительной и кропотливой работе* для достижения положительных результатов в психомоторном и социальном развитии ребёнка, к безусловной необходимости исполнения значительной части рекомендаций, предлагаемых специалистами.

Обязательное *закрепление полученных в процессе занятий с педагогом умений в быту, в повседневной жизни* – одно из важнейших правил для родителей ребенка.

Очень важно развивать *потребность у ребёнка в самообслуживании*, способствовать овладению широким кругом *социально-бытовых навыков*, помогать осваивать доступные *предметные действия*.

Выполнение доступных поручений по дому формирует адекватную самооценку и отношение к своим возможностям, самостоятельность и волю, понимание существования не только желаний, но и обязанностей, развивает трудолюбие.

Терпение, упорство, постоянство и огромный оптимизм, вера в положительные сдвиги ребёнка – залог действительного достижения намеченного результата. В начале обучения навыку родителям может казаться, что его освоение чрезмерно тяжело для ребёнка. Поэтому иногда

специалист может посоветовать подумать о ещё более тяжёлых проблемных ситуациях, на фоне которых настоящая покажется малой. Наша жизнь такова, что, к сожалению, родители не смогут всегда быть рядом со своим ребёнком, обеспечивая ему полноценный уход. Стремление родителей всё выполнять за ребёнка, ограничение его в действиях, на самом деле доступных, ведёт к пассивности, неуверенности, зависимости от окружающих, отсутствию целеустремлённости.

Непрерывные и регулярные занятия важно сделать «образом жизни» семьи. Большое терпение, любовь родителей важно разумно сочетать с определённой *требовательностью*.

Таким образом, сотрудничество семьи и учреждения образования является важным условием повышения эффективности результатов коррекционно-развивающей работы с любым ребёнком, испытывающим особые образовательные потребности в связи с теми или иными ограничениями жизнедеятельности.

3.4 Учебный план ЦКРОиР и программно-методическое обеспечение образовательного процесса ЦКРОиР

Разработка и утверждение учебных планов специального образования осуществляются Министерством образования Республики Беларусь.

Учебный план ЦКРОиР является учебно-программным документом, который содержит перечень образовательных областей, определяет допустимую учебную нагрузку, количество отводимых часов на учебные и коррекционные занятия, их продолжительность с учётом возрастного фактора воспитанников и в соответствии с рекомендациями СанПИН. Так, в учебном плане ЦКРОиР для воспитанников с тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями предусмотрено освоение таких образовательных областей на занятиях учителя-дефектолога как «Коммуникация», «Сенсорная стимуляция», «Предметная деятельность», «Игра». На занятиях воспитателя (музыкального педагогического работника, инструктора ЛФК) – это «Самообслуживание», «Я и мир», «Изобразительная деятельность», «Музыкально-ритмические занятия», «Адаптивная физкультура» (см. Приложение В).

Учебный план ЦКРОиР для учащихся с тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями также учитывает вид и структуру нарушений, те ограничения жизнедеятельности, которые обуславливают необходимость освоения жизненно значимых знаний, умений и навыков.

Как отмечалось, коррекционный компонент учебного плана реализуется учителем-дефектологом, который имеет право выбора наиболее подходящей – индивидуальной, подгрупповой или групповой – формы проведения занятия и определяет его содержательное наполнение с учётом данных о ребёнке.

В образовательном процессе ЦКРОиР рекомендуются к использованию учебные и учебно-методические пособия, разработанные рядом белорусских исследователей (И.К. Боровской, М.В. Былино, Т.В. Демьяненок, Ю.В. Захаровой, Е.М. Калининой, Ю.Н. Кисляковой, О.В. Клезович, И.В. Ковалец, Т.Л. Лещинской, Т.В. Лисовской и др.), перечень которых содержится на сайте управления специального образования Министерства образования Республики Беларусь asabliva.by. Заслуживают пристального внимания работы зарубежных и российских исследователей, посвящённые проблемам обучения и воспитания, методике коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжёлыми нарушениями развития [111]; [140]; [144]; [156]; [157].

Рассмотрим содержание и особенности реализации некоторых образовательных областей учебного плана ЦКРОиР.

Предмет «Коммуникация». Основой организации учебно-воспитательной и коррекционно-развивающей работы является взаимодействие с ребёнком с ТМНР, которое необходимо специально организовывать и которому надо целенаправленно обучать в условиях специального учреждения и семейной среды.

Понятия «взаимодействие» и «общение» практически синонимичны и используются при характеристике системы действительных межличностных контактов людей в процессе совместной деятельности и поведения. Поскольку контакты осуществляются между людьми, в социуме, то они и характеризуются как социальные. Взаимодействие или общение предполагает наличие, как минимум, двух участников.

Наряду с названными понятиями используется и термин «коммуникация», который происходит от латинского слова «*communis*», обозначающего «общий». Один из участников взаимодействия пытается установить «общение» с другим, обменяться своими мыслями, сведениями, идеями и получить ответную информацию.

Благодаря общению как специфической форме активности субъекта раскрываются личностные качества людей, осваиваются общечеловеческий опыт, ценности, система знаний, способы деятельности. Таким образом, общение становится важнейшим фактором развития личности и её социализации (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищева).

Основными функциями общения являются:

- *информационно-коммуникативная* – обмен, передача с использованием разных средств, приём информации;
- *регуляторно-коммуникативная (интерактивная)* – регуляция и организация поведения, деятельности в процессе взаимодействия людей;
- *аффективно-коммуникативная* – целенаправленное, преднамеренное или непроизвольное воздействие, ведущее к изменению состояния, настроения, самооценки субъекта взаимодействия.

В качестве *средств общения* выступают как *вербальные* (речевые), так и *невербальные* средства.

Речь является универсальным и наиболее содержательным способом передачи смысла информации. Процесс речевой коммуникации многопланово исследовался разными авторами (Л.В. Володиной, М.Я. Демьяненко, А.Б. Добрович, О.К. Карпухиной, К.А. Лазаренко, М.И. Лисиной, Б.Ф. Ломовым, Л.М. Царегородцевой и др.). Речевая коммуникация, как правило, включает следующие *компоненты*:

- отправитель информации (или адресант) – говорящий или пишущий человек;
- получатель информации (или адресат) – слушающий или читающий человек;
- сообщение – текст в устной или письменной форме, несущий определённую информацию;
- код (система правил языка, с помощью которых оформляется текст);
- контекст (заданное смысловое поле, обеспечивающее информативность и полноту смысла сообщения);
- контакт (способ передачи информации).

В процессе речевой коммуникации могут выражаться:

- социальные действия (обращения, обещания, приветствия, прощания, все формы выражения ритуального поведения);
- волеизъявления (приказ, повеление, просьба, убеждение, совет, предложение, пожелание);
- разъяснение или информирование;
- оценочные и эмоциональные речевые воздействия (порицание, похвала, оскорбление, угроза, насмешка, жалоба и т. д.).

К *невербальным средствам* относят мимику, жесты, движения, позы, взгляд, пантомимику, интонацию, паузы, расположение говорящих, смех, плач, дикцию и др.

Использование невербальных средств общения позволяет заполнить паузы, заменить отдельные слова или фразы, сохранить контакт между собеседниками, активировать их внимание, подать информацию живее, занимательнее, создать положительный фон общения, выделить значимую часть сообщения (Е.М. Верещагин, Е.С. Грабчикова, В.Г. Костомаров, М.И. Фёдорова и др.).

Умение соблюдать культуру общения, использовать на практике вербальные и невербальные средства коммуникации характеризуется как *коммуникативное поведение*.

Коммуникативные способности – комплексное многоуровневое личностное образование, совокупность коммуникативных характеристик личности, а также её социально-перцептивные и операционно-технические знания и умения, которые обеспечивают успешность процесса общения и его регуляцию.

К **коммуникативным умениям** относят:

- умение устанавливать и удерживать эмоциональный контакт, слушать, реагировать на собеседника;
- умение выражать и поддерживать интерес к собеседнику, влиять на активность контакта с ним;
- владение этикетом общения (выражать приветствие, прощание, извинение, просьбу, пожелания и т. д.);
- умение участвовать и поддерживать простой диалог в диадах «взрослый-ребенок» и «ребенок-ребенок»;
- умение соблюдать дистанцию во время общения (личное поле собеседника);
- при речевом общении – это умение правильно использовать свои интонацию, модальность и силу голоса, речевое дыхание;
- умение сопровождать высказывание невербальными средствами коммуникации и др. (Т.В. Горудко, Т.В. Демьяненко, А.М. Змушко, Ю.Н. Кислякова, Т.Л. Лещинская).

Любой ребёнок – и здоровый, и с особенностями психофизического развития – может испытывать трудности в налаживании контактов со сверстниками и взрослыми из-за незнания и несоблюдения норм общения, неспособности привлечь к себе позитивное внимание и поддерживать его длительное время, т. е. из-за отсутствия коммуникативных способностей как совокупности умений и навыков общения с людьми.

Снижение познавательной активности в связи с сенсомоторной недостаточностью, ограничение социальных контактов и малый опыт

общения приводят к отставанию в развитии коммуникативных умений и недостаточной потребности в общении. Ребёнок с тяжёлыми нарушениями может выполнять лишь ограниченно или не выполнять вовсе обычную для его сверстников интеллектуальную, социально-ролевую, коммуникативную деятельность. Отсюда возникают значительные трудности его включения в активную жизнедеятельность здоровых сверстников, а следовательно, адаптации в социальном окружении.

Речевые возможности ребёнка с тяжёлыми нарушениями часто крайне ограничены, что объясняется:

- тяжестью и характером нарушения моторики (общей, мелкой, периферического речевого аппарата);
- сенсорными расстройствами (недостаточность зрительного, слухового, тактильного, пространственного восприятия отрицательно влияет на овладение лексикой и речью в целом);
- органическими поражениями центральной нервной системы (ЦНС), затрагивающими разные отделы мозга и влияющими на его познавательные функции, активность ребёнка;
- социальными условиями развития (длительная госпитализация, частичная изоляция от окружающих, неправильные условия воспитания, педагогическая запущенность и др.);
- наличием физических недостатков и психо-эмоциональными переживаниями по этому поводу.

В свою очередь, речевые расстройства также оказывают влияние на психофизическое развитие, поскольку ограничивают коммуникацию или делают её специфической, отрицательно сказываются на развитии познавательной деятельности, словесно-логического мышления.

Включение в образовательные программы ЦКРОиР предмета «Коммуникация» позволяет реализовать в коррекционно-педагогическом процессе следующие задачи:

- развитие понимания речи ребёнком;
- формирование средств общения, доступных детям с тяжёлой интеллектуальной недостаточностью и множественными нарушениями;
- формирование умения сигнализировать о своих потребностях и состоянии с помощью вербальных и невербальных средств (предметов, жестов, картинок, символов);
- развитие правильных движений органов речи с целью активизации звукопроизношения;
- развитие и совершенствование общей и мелкой моторики;

- формирование приёмов воспроизведения основных эмоций неречевыми средствами;
- формирование потребности в сопереживании;
- формирование мотивации взаимодействия со сверстниками и взрослыми людьми;
- формирование системы взаимоотношений, необходимых для включения в окружающую среду;
- формирование адекватного ситуации поведения ребёнка в окружающей среде, необходимых умений и навыков социального взаимодействия.

Освоение содержания данной программы помогает постепенно осваивать доступные способы взаимодействия с окружающими, обмениваться определённым социальным опытом. Обращается внимание на то, что использование неречевых средств общения для организации взаимодействия и обучения должно исходить из тщательного анализа индивидуальных возможностей ребёнка и не вытеснять речь [123].

Для детей с тяжёлыми нарушениями развития, не владеющих в полной мере навыками речевого общения, на определённом этапе обучения целесообразно использовать дополнительные методы коммуникации или сочетание речи и альтернативных невербальных средств общения, которые помогают выразить свои мысли и потребности.

Альтернативная (дополнительная, поддерживающая) коммуникация – различные виды педагогической и терапевтической помощи, которые оказываются лицам с ограниченными возможностями устной речи для оптимизации их взаимодействия с окружающими.

В качестве поддерживающих (альтернативных) средств общения могут выступать жесты, предметы, тактильно воспринимаемые символы, графические символы в виде чёрно-белых и цветных фотографий, пиктограммы, коммуникативные таблицы, использование которых сопровождается речью обучающего и, по возможности, самого ребёнка.

Достаточно известны такие коммуникативные системы с применением графических символов, как например, «Блисс», «PECS», «Лёб», пиктограммы.

«PECS» (*Picture Exchange Communication System*) – коммуникативная система обмена картинками – изначально была предложена Лори Фрост (США) для общения с аутичными людьми, а позднее стала использоваться в коррекционной работе с разными категориями лиц с особенностями психофизического развития. Основная цель обучения по этой системе состоит в научении практически неговорящих лиц самостоятельно инициировать общение и вступать контакт с другими людьми.

Метод *пиктограмм* основан на использовании, как правило, чёрно-белых изображений, которые заменяют целые слова. Картинки-символы предъявляются и называются параллельно с жестами. При обучении использованию пиктограмм как средства общения рекомендуется начать их освоение в последовательности: обозначение слова-предмета, слова-действия, слова-признака и т. д. Существуют различные наборы пиктограмм для коммуникации с разным количеством символов: *Manual Rebus Glossary Cards*, *Pictogram ideogram communication system*, *Picsyms*, *SPS* – рисованные коммуникативные символы, *Touch Talk* («трогать и говорить») и др. Предлагаемые в них картинные символы могут использоваться при составлении коммуникативных таблиц и книг для организации общения с ребёнком с ТМНР (примеры пиктограмм представлены на рисунке 3.1).



Рисунок 3.1 – Символы пиктограмм

«Блисс-систему» (*Bliss*) разработал австралийский учёный Ч. Блисс в 1949 г., упростив китайские иероглифы. В системе для обозначения отдельных слов и понятий вместо букв используется определённое количество графических знаков и символов, часть которых похожа на реальные предметы. Объединение базовых символов позволяет образовывать новые понятия.

Блисс-система может служить как переходным средством общения на определённом этапе обучения, так и альтернативным способом общения для лиц с тяжёлыми нарушениями. При этом важно, чтобы человек имел сохранённые познавательные возможности, был способен к самостоятельному выражению собственных желаний и мыслей, к пониманию обращённой речи, поскольку эта система является одной из самых сложных. Её словарь включает

свыше 4000 слов-символов, с помощью которых можно передавать абстрактные понятия, в том числе чувства (примеры символов системы представлены на рисунке 3.2).



Рисунок 3.2 – Символы системы «Блисс» (Bliss)

«Лёб-система» была разработана Р. Лёбом для общения с инвалидами, с неговорящими детьми и подростками. Система охватывает 60 символов (пиктограмм) с напечатанными рядом с рисунками значениями слов. Используемые символы достаточно конкретны, просты для понимания и приспособлены к элементарным желаниям и потребностям человека. Пиктограммы можно разделить на 10 групп, характеризующих разные сферы жизни или ситуации: общие знаки взаимопонимания; слова, обозначающие качество; сообщение о состоянии здоровья; посуда, продукты питания; предметы домашнего обихода; личная гигиена; игры и занятия; религия; чувства; работа и отдых (рисунок 3.3).

Данную систему можно применять, начиная с дошкольного возраста, в соответствии с возможностями ребёнка понимать. При повторяющихся ситуациях в повседневной жизни постепенно осваиваются простые символы и вводятся новые в сопровождении показа произнесением слова, жестами и мимикой [76].

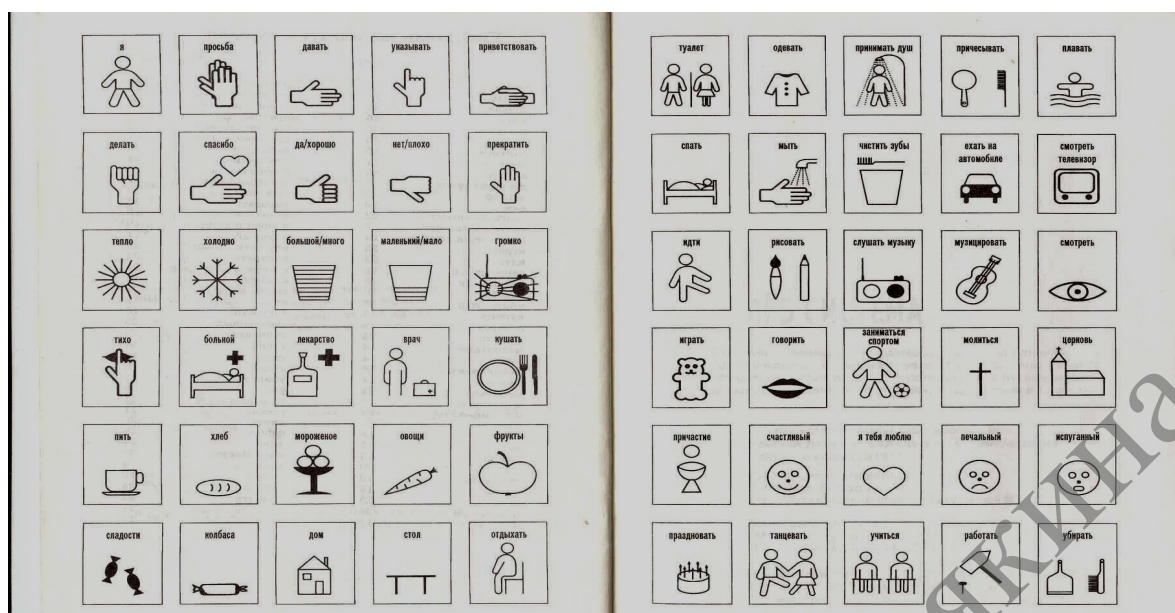


Рисунок 3.3 – Символы системы «Лёб»

Для облегчения коммуникации лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями развития разработаны специальные *технические устройства*, которые могут быть как стационарными, так и переносными (портативными). В качестве примера укажем на коммуникаторы «БИГмэк» («*BIGmack*»), «МинТокер» («*Min Talker*»), «Малый пошаговый коммуникатор» (*Little Step-by-Step-Communicator*), которые позволяют вступать в общение и поддерживать его, участвовать в некоторых событиях, значимых мероприятиях. Достоинством подобных устройств считается возможность самостоятельного выбора ребёнком темы общения, корректировки фразы, в то время как недостатками являются высокая стоимость приборов, необходимость их технического контроля и обслуживания [94]; [103].

Применение поддерживающей коммуникации помогает активизации познавательных способностей, деятельности, взаимодействия, способствует расширению представлений об окружающем социальном и предметном мире, формированию психических процессов и позитивных личностных качеств. Выбор и использование альтернативных средств общения определяется познавательными, двигательными, сенсорными возможностями человека, тяжестью его заболевания, личностными особенностями, возрастом. Успешность формирования коммуникативных способностей с помощью вспомогательных поддерживающих средств зависит от привлечения в процесс обучения ближайшего окружения, использования родителями альтернативной коммуникации с ребёнком в домашних условиях.

Отдельные вопросы методики обучения коммуникации лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями развития с использованием различных средств общения раскрываются рядом отечественных и зарубежных авторов (Э. Вилкен, Т.В. Горудко, Ю.Н. Кислякова, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская, В. Малль, Л.А. Набокова, З. Рабэ, Х.Х. Рай, М.Д. Скьортен, А. Фрелих и др.) [41]; [49]; [94]; [95]; [101]; [103]; [106]; [144].

Существует категория лиц, у которых отсутствуют коммуникативные намерения по отношению к окружающим (например, люди с аутизмом, с тяжёлыми множественными нарушениями развития, в бодрствующей коме), их коммуникация осуществляется с огромным трудом. Способы проявления активности этих людей резко ограничены и могут проявляться лишь отдельными движениями, звуками, мимикой, жестом, прикосновением или только минимальной сменой положения частей тела, ритма дыхания.

Для налаживания контакта в подобной ситуации В. Миллем была предложена так называемая «*базальная коммуникация*». Данный метод не обучает человека взаимодействию с партнёром, а способствует выстраиванию встречи, служит исходной точкой для запуска возможности быть понятым, общаться доступным способом, своеобразным толчком для стимулирования развития человека [1]; [94].

Усвоение моделей приемлемого поведения детьми с ТМНР должно осуществляться как в естественных, так и в специально подготовленных условиях, при обеспечении возможности ребёнку наблюдать, подражать и действовать в комфортной психологической ситуации. Чтобы общение было продуктивным, приятным, благополучным эмоционально, важно уметь слушать собеседника, сопереживать ему, избегать или решать возникающие конфликты, знать и соблюдать правила взаимодействия. Это объясняет важность и необходимость включения в комплексную деятельность специалистов ЦКРОиР мероприятий, способствующих обогащению социального опыта, помогающих детям с тяжёлыми нарушениями развития налаживать взаимодействие с окружающими, осваивать нормы коммуникативного поведения.

Чтобы общение состоялось, как минимум, необходимо желание вступить в контакт. В этой связи важно формировать мотивацию общения в различных ситуациях практического взаимодействия, учить ребёнка выражать свои эмоции, чувства, мысли, просьбы и желания на доступном вербальном или невербальном уровнях.

Первоначальное отсутствие стремления ребёнка вступить в контакт не должно послужить поводом для отказа сопровождающего ребёнка взрослого от попыток общения.

При налаживании контакта и обучении ребёнка необходимо исключить посторонние раздражители в виде яркого света, резких звуков, навязчивого шума.

Взаимодействие строится на положительном эмоциональном общении, с использованием ласкового взгляда, прикосновения, поглаживания, негромкого приятного голоса. Важны интонационная окраска, мелодичность речи, её протяжный, замедленный темп.

Общение не навязывается ребёнку, а предлагается при видимом желании, заинтересованности в контакте с его стороны. Взрослый должен идти вслед за желанием ребёнка, быть достаточно терпеливым и внимательным к его малейшим реакциям на общение, находиться в поле его зрения, предоставлять достаточно времени для ответа ребёнка, часто называть его по имени.

Фразы для обращения предлагаются краткие и понятные, однообразные по своей структуре и порядку следования слов, с частым повтором для лучшего их восприятия, осмысления и запоминания. Можно превратить некоторые моменты взаимодействия (например, приветствие, прощание, приглашение в игру) в своеобразный ритуал, с одновременным соединением зрительного контакта, одних и тех же действий, тактильного прикосновения, сопровождения речью, что позволяет быстрее узнавать и лучше осваивать смысл предлагаемой ситуации.

Стимуляция активности осуществляется через постепенное вовлечение детей в коммуникацию (от пассивного наблюдения к участию с помощью и максимально возможной самостоятельности). Стимулировать общение помогают:

- включение ребёнка в знакомые ситуацию, деятельность, что придаёт уверенности, и, наоборот, введение неожиданного, нового для ребёнка объекта, что позволяет вызвать быструю ответную реакцию на происходящее;
- внесение в поле зрения ребёнка интересного яркого объекта, требующего исследования;
- использование занимательных игровых действий и заданий;
- настойчивое и одновременно осторожное побуждение к действию;
- демонстрация действий и способов общения значимым взрослым и т.д.

Сформулируем основные направления коррекционно-развивающей работы по формированию социального взаимодействия детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития:

- воспитание интереса к миру социальных отношений, потребности в общении;
- формирование социальной активности, стремления к взаимодействию в различных социальных сферах (семья, группа или класс учреждения образования, микросреда и др.);
- обучение пониманию и адекватному реагированию на простые и усложненные (двухступенчатые) речевые инструкции бытовой и учебной тематики;
- формирование различных доступных средств общения (вербальных и невербальных) и стимулирование их использования, активизация речевой деятельности;
- привитие культуры общения, норм и правил коммуникативного поведения, развитие умений проявлять уважение к участникам взаимодействия, поддерживать контакт.

В качестве *методов и приёмов* работы целесообразно использовать:

- специально подобранные и адаптированные практические упражнения подражательного характера;
- инсценировки, моделирование ситуаций;
- дидактические игры на полисенсорной основе;
- участие в реальных действиях под контролем взрослого с постепенным формированием адекватного максимально возможного самостоятельного поведения;
- просмотр с комментированием (обсуждение) серии картинок, наглядной ситуации, видеозаписи;
- беседа;
- наблюдение за деятельностью окружающих, её анализ;
- личный пример родителей и педагогов;
- посещение социально значимых (общественных) мест, экскурсия и др.

Поскольку самостоятельное освоение адекватного коммуникативного поведения детям рассматриваемой категории даётся нелегко, то на начальных этапах обучения взаимодействие в группе (классе) специально организуют взрослые. Дети учатся терпимо относиться друг к другу, дожидаться своей очереди, просить разрешения взять игрушку, избегать конфликтов, сотрудничать, выражать свои желания и уважать чужие, т. е. учатся налаживанию положительных взаимоотношений, сосуществовать с окружающими.

Приобретать детям с тяжёлыми нарушениями бесценный жизненный опыт, осваивать практические и социальные навыки, стремиться к независимости и самостоятельности помогают общение со здоровыми сверстниками и взрослыми, наблюдение за тем, как они действуют

в разнообразных жизненных ситуациях, решают проблемы. В этой связи значительная роль отводится организации усилиями специалистов ЦКРОиР при поддержке семей, волонтерского движения совместных со здоровыми детьми мероприятий досугового, спортивного, учебного характера. Участие в городских выставках, смотрах, конкурсах, вовлечение во взаимодействие с более широким социальным окружением помогает ощутить себя активными участниками социальной жизни, а не сторонними наблюдателями, значительно содействуют социальной адаптации детей.

Большая доля ответственности за создание условий по формированию навыков коммуникативного поведения лежит на родителях. Они должны быть информированы специалистами не только о важности и своевременности родительской поддержки устремлений ребёнка к взаимодействию с окружающим миром, но и о том, как правильно это взаимодействие осуществлять. Целесообразно проведение в условиях учреждения образования специально подготовленных мероприятий с участием родителей. На них могут «обигрываться» всевозможные бытовые ситуации, поведение в повседневной жизни, вступление во взаимодействие с ребёнком и его поддержание. Моделирование таких ситуаций позволяет ребёнку научиться адекватно вести себя и действовать, осваивать социально-ролевое поведение.

Благотворно как для эмоционального самочувствия родителей, так и для развития ребенка сохранение и расширение социальных контактов семьи с близкими родственниками, друзьями, коллегами по работе.

Обучение деятельности детей с ТМНР. В программах для воспитанников ЦКРОиР предусмотрена учебная дисциплина «Предметно-практическая деятельность», которая включает разделы «Предметно-практические (манипулятивные) действия», «Конструирование», «Работа с пластичными материалами», «Работа с бумагой», «Работа с нитками» и считается начальным звеном в подготовке детей к трудовому обучению.

Согласно программе ЦКРОиР, на начальной ступени образования ведётся обучение детей с ТМНР игровой, предметной, изобразительной деятельности, что реализуется учителем-дефектологом с привлечением к организации и проведению занятий воспитателя, помощника воспитателя, инструктора ЛФК.

Деятельность понимается как динамическая система взаимодействия человека и мира, как процесс, направленный на преобразование объекта действительности.

Человеческая деятельность включает: социальные отношения человека с миром (формирование мотива), осмысленность и целенаправленность поведения и психических функций (определение цели и планирование деятельности), способы и средства взаимодействия с предметным миром

(операционально-техническая сторона), сознательные регуляцию и контроль деятельности (произвольность) (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Е.С. Слепович и др.). Таким образом, в структуре любой деятельности человека выделяются уровни: *мотивированно-побудительный, ориентировочно-исследовательский, исполнительный.*

Деятельность вызывается определенными мотивами, возникающими на основе потребности. Осознание человеком потребности в чем-либо, её значимости для себя побуждает необходимость её удовлетворения, формируя мотив деятельности. Таким образом, потребность является предпосылкой любой деятельности, источником активности человека (А.И. Божович, Е.Н. Ильин, Н.Н. Толстых).

С психологической точки зрения всякая деятельность человека характеризуется целенаправленностью. **Цель деятельности** – это представляемый человеком результат (или продукт), на получение которого она направлена.

Процесс деятельности, осуществляемый с определённой целью, предполагает реализацию серии действий. Действие состоит из этапов:

- *ориентировочная основа* – формирование в сознании образа задания, требований к процессу работы, ориентиров в орудиях предстоящей деятельности; планирование хода и содержания действий;
- *исполнительная часть* – реализация плана действий;
- *контрольная часть* – сличение результата действия с запланированной целью – отличается тем, что существует промежуточный (во время исполнительной части действия) и окончательный (после выполнения действия) контроль.

Освоение действия формирует умение, которое, совершенствуясь и автоматизируясь, переводится в навык. В результате многократных повторений целенаправленных действий формируется и упрочивается *навык* как автоматизированный способ деятельности. Навыковые действия отличаются своей максимальной точностью, скоростью выполнения, целесообразностью, экономичностью прилагаемых усилий и времени.

Исследователи подчёркивают, что существенным отличием навыка от автоматизма является его осознанное выполнение. В качестве *автоматизмов* выступают импульсивные и рефлекторные движения, некоторые привычки. Знания, лежащие в основе формирования навыка, стимулируют его освоение, делают более пластичным, регулируемым при изменении задач и условий деятельности (П.Я. Гальперин, Е.В. Гурьянов, А.В. Запорожец, Л.Б. Ительсон, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн). Знания играют существенную роль в формировании навыка.

Существующие классификации навыков характеризуют их отношение не только к различным психофизическим сферам (моторные,

сенсомоторные, сенсорные, интеллектуальные, речевые навыки), но и к разнообразным видам деятельности человека (учебные, игровые, трудовые, поведенческие навыки и т. д.).

В процессе комплексной реабилитации лиц с ТМНР могут быть выделены *социально-бытовые навыки*: самообслуживания (связаны с принятием пищи, одеванием, уходом за собой), хозяйственно-бытовые (приготовление пищи, уборка дома, мелкий ремонт одежды и жилья), социально-значимые (приобретение покупок, посещение общественных мест) и *социально-средовые* (правила поведения в общественных местах, умение общаться в коллективе, участие в общественной жизни и др.) [143].

На протяжении своей жизни человек осваивает все новые виды деятельности, в которых реализуется социальная адаптация – общение, игра, учеба, труд, профессиональная деятельность и др. Разные виды деятельности одновременно являются средствами социальной адаптации и её целями, результатами, которые необходимо достигнуть на определённом жизненном этапе. Многообразие социальной активности ребёнка отражается в широком спектре проявлений – от простого манипулирования с предметами до творческой деятельности.

В дошкольном возрасте ведущей деятельностью является *игра*. Роль игры в активной социализации ребёнка, обогащении его социального опыта глубоко раскрыта в трудах отечественных исследователей (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, А.А. Люблинская, Л.С. Славина, А.П. Усова, Д.Б. Эльконин и др.). Моделирование и усвоение в игре отношений между людьми, полноценное, всестороннее психическое развитие детей отражают процесс их социализации, поскольку, выражаясь словами Д.Б. Эльконина, «Игра – деятельность социальная по происхождению, и поэтому она социальна по своему содержанию» [169].

Использование игры как ведущего вида деятельности особенно актуально на начальных этапах обучения детей с особенностями психофизического развития. Игра, являясь наиболее приемлемым и естественным видом деятельности, позволяет значительно расширить знания и представления ребёнка об окружающем мире, осмыслить явления окружающей жизни, усвоить определённый жизненно важный социальный опыт и приемлемое поведение. В игре ребёнок чувствует себя свободно, раскованно, не испытывает психологического дискомфорта и страха, переживает высокий эмоциональный подъем, радуется успеху.

В подвижных, музыкальных, дидактических играх корректируются осанка, походка, слуховое и зрительное восприятие, укрепляется психосоматическое здоровье ребёнка, совершенствуются его мышление, память, внимание, речь.

Благодаря сюжетно-ролевой, театрализованной игре, игровому моделированию различных жизненных ситуаций ребёнок произвольно и с удовольствием познаёт и понимает мир вокруг себя, осваивает правила и нормы отношений с людьми, у него формируются важные социальные качества и навыки.

Дидактические игры, являясь обучающими, используются как одно из основных средств обучения и формирования разносторонней личности дошкольников и младших школьников с особенностями психофизического развития. В этих играх выделяются дидактические задачи, игровые действия и правила игры. В случае слияния, согласованности задач коррекционного обучения с содержанием игровых задач и действий, ребёнок получает возможность усвоить материал легко, непринужденно, без давления. Кроме того, на фоне повышенного эмоционального настроения, интереса, увлечённости решением игровых задач развиваются и совершенствуются все психические процессы, что особенно важно для ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития.

Вместе с тем, при ТМНР необходимо *специально организовывать и формировать собственно саму деятельность*, поскольку ввиду наличия органического поражения центральной нервной системы, сложной структуры дефекта она несовершенна. Практически все виды деятельности характеризуются недостаточностью, несоответствием возрасту, низким уровнем сформированности мотивационно-побудительной сферы, нарушениями операционально-технического и реализующего звеньев (Г.В. Дедюхина, И.Ю. Левченко, А.Р. Маллер, Е.М. Мастюкова, Н.В. Симонова, Г.В. Цикото и др.).

Наиболее доступно детям с ТМНР освоение предметно-практической деятельности, поскольку существует ситуация наглядности и доступности непосредственного восприятия. Постепенно происходит расширение диапазона доступных предметных и двигательных действий и их усложнение по количеству операций, по используемым материалам, по применению в разных ситуациях и видах деятельности детей (в играх, познавательной и доступной трудовой деятельности), по степени самостоятельности.

В зависимости от структуры дефекта освоение деятельности может предусматривать следующее: обучение элементарному захвату предмета, манипулированию с ним, использованию его по функциональному назначению и в качестве предмета-заместителя; формирование умений различать предметы по внешним и функциональным свойствам, использовать доступный инструмент, руководствоваться соблюдением последовательности алгоритма действий, контролировать и оценивать свой результат, соблюдать меры безопасности в работе, работать индивидуально и в группе и др. [123].

Существенно сказываются на развитии ребёнка и овладении им социальным опытом условия протекания, способы и приёмы организации различных видов деятельности, понимание организующим активностью ребёнка взрослых целей, задач деятельности, а также реальных возможностей ребёнка. В связи с этим *подбор и организация различных видов деятельности* при овладении ребёнком социальным опытом подразумевает учёт наличия и степени выраженности у него двигательных, интеллектуальных, слуховых, зрительных нарушений, возможностей речевой коммуникации. В поле зрения обучающего взрослого должны быть включены уровень мотивации, интерес к деятельности, степень понимания ребёнком её полезности и важности. Необходимо предоставить детям возможность самостоятельно выбирать вид занятия, способы действий, нужное оборудование, исходя из собственного настроения и желаний.

В обучении любому виду деятельности ребёнка с особенностями психофизического развития используются конкретные ситуации из его жизни и опыта, чтобы итог обучения имел *практический смысл* (Т.А. Басилова, Т.В. Демьяненко, М.В. Жигорева, А.М. Змушко, А.Н. Калинина, Т.Л. Лещинская, Т.Л. Лисовская, А.Р. Маллер, О.В. Мамонько, И.Н. Миненкова и др.).

На современном этапе развития системы образования в центр учебно-педагогического процесса ставится собственная *активность ребёнка*, которая позволяет переживать взаимодействие с окружающей средой, с материальным и социальным миром, осваивая личный социальный опыт. Взрослому надо принимать и поощрять любую, даже, на первый взгляд, незначительную попытку ребёнка с ТМНР участвовать в деятельности. Это формирует у ребёнка понимание собственной значимости, его единение и близость со взрослым в совместных действиях. Для детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития особенно важно не пассивное наблюдение или словесное объяснение с целью понимания происходящего, а возможность в конкретных условиях потрогать собственными руками предмет, взаимодействовать с ним, манипулировать им, использовать в разнообразных действиях.

Обучение строится на *полисенсорной основе*, с максимальным привлечением сохранных анализаторов: использование зрительных и слуховых стимулов, тактильных и проприоцептивных ощущений (массаж, приёмы базальной стимуляции, температурные изменения, упражнения с сопротивлением, упражнения с контролем зрения и без), вкусового и обонятельного восприятия.

Организация занятий с ребёнком предполагает соблюдение особого *эргономического режима*: чередование адекватной психической и двигательной нагрузки и наличие отдыха, смена вида деятельности, соблюдение определенного её темпа, предоставление необходимого времени ребёнку для выполнения действия в каждом конкретном случае.

Для нормализации мышечного тонуса, подготовки ребёнка к оптимальному освоению отрабатываемого действия, навыка важно включать, как правило, в начальный этап занятия элементы упражнений на *релаксацию*.

При организации деятельности важно выбрать наиболее *подходящее, безопасное и устойчивое положение для конкретного ребёнка*. Это может быть определённая вместе с ребёнком и с учётом рекомендаций узких специалистов и родителей поза сидя, лёжа, стоя с опорой на стол или подлокотники либо другая комфортная позиция для того или иного вида деятельности. Тело и голова ребёнка должны находиться в удобном положении, исключающем проявление судорог, спазмов, нормализующем тонус мышц, при необходимости используются средства для фиксации.

Рекомендуется *контролировать деятельность ребёнка*. Наблюдение и контроль во время обучения позволяют увидеть, что ребёнок в состоянии делать самостоятельно, без посторонней помощи, и помочь в выполнении недоступной для самостоятельного выполнения части деятельности. При наличии, например, стереотипности движений, когда ребёнку сложно переключиться на другое действие, следует мягко попытаться помочь ему переключить внимание.

Упущение развития моторной функции из коррекционной деятельности специалистов ведет к усугублению двигательной недостаточности. Отсутствие самостоятельной двигательной активности у ребенка не является поводом для отказа в занятиях с ним, для мыслей об их бесполезности. В таких случаях начинать следует с дозированной помощи, предполагающей на начальных этапах пассивную деятельность ребенка.

Даже если движения ребенка недостаточно ловки и точны, ограничены и однообразны, но ребенок проявляет интерес к определенной деятельности (игровой, бытовой, трудовой), то по возможности надо *включать ребенка в интересующую его деятельность*. При этом чёткие команды (инструкции) могут не называть само действие («подними руки вверх»), а вовлекать в игровое действие («потянемся к солнышку и погреем ручки»), обозначать цель движения («достанем до машинки на полке»). Выполнение движения, приуроченного к положительно эмоционально окрашенной игровой, познавательной деятельности, само служит наградой ребёнку.

Необходимо использовать в коррекционной работе самые *разнообразные доступные ребёнку движения и действия*. Одни из них могут служить основой появления других, иные сами только развиваться и осваиваться.

После уточнения способов выполнения уже известных ребёнку действий и освоения техники выполнения новых движений обязательно *закрепляют* их в знакомых и малознакомых ситуациях, на занятиях и в повседневной жизни.

Целесообразно *начинать обучение* с той деятельности, которую ребёнок может освоить более легко, что поможет вселить уверенность в собственных силах, покажет заметные результаты. Ребёнку даются посильные задания.

Обучение ведётся какому-либо *одному виду деятельности*, а не одновременно нескольким видам. Переходят к новому, когда твёрдо усвоено предыдущее. Используемые в коррекционно-развивающей работе упражнения и ситуации могут быть основаны на повторно-кольцевом методе, когда повторяются и отрабатываются этапы двигательного развития ребенка.

Первоначально действия включают две-три операции и отрабатываются непродолжительное время, чтобы не переутомить ребёнка и не снизить его интерес к процессу занятий. Формируется представление о *начале* действия, выполнении *основной операции*, *окончании* действия.

Поможет *сосредоточиться* на выполнении действий положительное эмоциональное отношение к взаимодействию, правильное размещение предметов (легкий доступ, возможность манипулировать ими, держать в зоне внимания), исключение отвлекающих моментов (шумов, движений, посторонних предметов), заслуженное и своевременное поощрение, привлечение внимания к деятельности с помощью побуждений «смотри на меня», «делай, как я» и др.

В психолого-педагогической литературе предлагается обучение деятельности примерно в такой *последовательности*:

- Объяснить ребёнку важность овладения определённой деятельностью.
- Продумать последовательность тех действий, которые должен выполнить ребёнок. Объяснить ему доступным способом, как именно он должен их выполнять.
- Показать образец выполнения этого вида деятельности на себе или выполнить действия вместе с ребёнком.
- Затем попросить ребёнка самостоятельно повторить эту деятельность настолько, насколько он это сможет.
- Помогать выполнять те части данного вида деятельности, которые он не может выполнить сам. Можно положить свои руки поверх его и комментировать, что именно делается и что должен делать вместе со взрослым ребёнок (сопряжённое выполнение).

- Выполнять вместе с ребёнком данный вид деятельности одним и тем же способом, в строгой последовательности действий.

- Обучать ребёнка конкретной деятельности определённым образом до тех пор, пока он не научится выполнять её максимально самостоятельно.

- Всегда хвалить ребёнка за его успехи с помощью слов, ласкового голоса, улыбки, одобрительного взгляда, прикосновения, другой награды [12]; [78]; [94]; [96]; [104]; [144].

При обучении детей *пониманию команд-инструкций* и выполнению движений по подражанию, по образцу, по слову-сигналу рекомендуется сопровождение речи взрослого *демонстрацией* действия, предмета, модели, картинки, схемы, символа и т. п. Это дает возможность наиболее адекватно осваивать, реагировать, отражать в практической деятельности поставленную цель. В случае незначительных интеллектуальных нарушений могут использоваться расширенное, усложненное речевое сопровождение, тематические стихи. В то время как при выраженной и умеренной интеллектуальной недостаточности важнее обращать внимание на простоту, конкретность, ясность и доступность для восприятия предлагаемой инструкции, определенную последовательность и однообразность ее предъявления.

Таким образом, коррекционная направленность образовательного процесса ЦКРОиР реализуется через коррекционно-образовательные, коррекционно-развивающие, коррекционно-воспитательные задачи в учебное время, на коррекционных занятиях, в различных режимных моментах.

3.5 Средовые ресурсы в обучении и воспитании детей с тяжёлыми нарушениями в условиях ЦКРОиР

Значимая особенность образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития состоит в подборе «средовых ресурсов, наиболее активных в плане поддержки, стимуляции и коррекции, которые способствуют не только преодолению отставаний в психофизическом развитии, но и становятся действенным средством профилактики вторичных отклонений» [32, с. 26].

Условно выделяют предметные, пространственные, организационные, социально-психологические *компоненты образовательной среды*:

- к *предметным* относят физическое окружение, материальные условия жизни, быта, учёбы и др.;

- к *пространственным* – особенности структуры здания, многофункциональность пространства, безбарьерная среда, выделение развивающих зон в структуре пространства, пространственная организация рабочего места и др.;

- к *организационным* относят нормативно-правовую базу, учебный план и программы обучения, индивидуальные требования к нагрузке ребёнка, санитарно-гигиенические и другие требования к организации образовательного процесса и др.;

- к *социально-психологическим* – стиль и характер общения, способы коммуникации и взаимодействия, настроение в коллективе детей и сотрудников учреждения, психологическая атмосфера и др.

Разрабатывая проблему средового подхода, отечественные исследователи выделяют конкретные требования к организации образовательной среды для разных категорий детей с особенностями психофизического развития. Среди них следует назвать:

- развивающий характер среды;
- адаптационный характер среды (модификация всех средовых ресурсов с учётом психофизических ограничений детей);

- ориентация на гибкое зонирование среды (зоны сенсорного, умственного, речевого развития, зоны творчества, двигательной активности, отдыха, уединения);

- привнесение в состав традиционных средовых ресурсов неординарных, способствующих решению различных коррекционно-развивающих задач.

- подчинённость воспитательным и образовательным целям и задачам;

- учёт возрастных и познавательных возможностей ребёнка;

- возможность многопланового, универсального использования одних и тех же объектов в различных видах деятельности;

- свобода выбора места, времени и содержания деятельности;

- управляемость средой детьми и взрослыми [27]; [32]; [73]; [126].

Важными характеристиками образовательной среды для детей с ТМНР являются: *адаптивность* к психофизическим особенностям и потребностям целой категории детей и каждого ребенка в отдельности; *адаптирующая направленность*, заключающаяся в помощи ребенку в проявлении им индивидуальных особенностей, в накоплении и усвоении сенсорного, познавательного, социального опыта, установлении гармоничных отношений с окружающим миром (Т.Л. Лещинская, В.И. Слободчиков, Е.А. Ямбург).

Цель создания *адаптированной образовательной среды* – обеспечить условия и помощь в получении определённого уровня образования с учётом способностей, возможностей, потребностей и интересов ребёнка с особенностями психофизического развития.

Исследователями обращается внимание на необходимость создания развивающего, эстетического, комфортного, безопасного пространства,

учитывающего как психофизические особенности, так и жизненно значимые потребности детей. Ценными являются рекомендации по организации коррекционного образовательного пространства, содержащиеся в работах И.М. Бгажноковой, С.Е. Гайдукевич, Н.Ф. Дементьевой, Т.П. Кунцевич, Т.Л. Лещинской, В.В. Скрипниченко, Е.И. Холостовой, Р. Хольц и др.

Для детей с тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями структурирование образовательной среды определяется их потребностями, необходимостью обеспечить оптимальные условия для развития, социальной адаптации и интеграции в общество. Создание таких условий начинается с определения ограничений, которые испытывают посещающие ЦКРОиР дети, и возможностей их преодоления или компенсации. В этой связи определяются цели и задачи, которые поможет реализовать специально созданная образовательная среда, затем отбираются учитывающие возраст и ограничения жизнедеятельности средовые ресурсы и, наконец, моделируется локальная среда [32].

Продумывается внешнее и внутреннее реабилитационное пространство в ЦКРОиР: оборудуются пандусы, поручни, лифты, подъёмники, достаточной ширины дверные проёмы, символы для обозначения направления движения и ориентации в пространстве помещения, расположенные по пути передвижения ребёнка, что особенно значимо при наличии выраженных двигательных, сенсорных нарушений.

В образовательной среде ЦКРОиР предусматривается выделение развивающих зон: сенсорной, отдыха, уединения и тишины, релаксации, «песок-вода», двигательной активности, бытовой и др. При этом ребёнок должен иметь возможность по своему желанию перемещаться самостоятельно или с помощью в ту или иную зону, наглядно отличающуюся цветовым решением, оформлением, интерьером, необходимым оборудованием, наличием сигнальных опор.

Среда в условиях ЦКРОиР должна быть максимально открытой, стимулирующей к активности, выбору доступного способа и вида деятельности, воздействующей на все органы чувств для обеспечения многообразного сенсорного опыта. Получение от ресурсов образовательной среды многообразных зрительных, тактильных, слуховых, обонятельных, двигательных ощущений содействует коррекции и компенсации имеющихся недостатков. Накопление чувственного опыта с помощью предметных ресурсов сенсорной зоны способствует познавательному развитию ребёнка с ТМНР, а различные манипуляции с предметами и целенаправленные действия – постепенному освоению предметно-практической, игровой, трудовой и учебной деятельности.

В игровой зоне предусматриваются достаточное пространство для организации различных игр, шкафчики и полочки с широким выбором

дидактического материала, отвечающего возрастным и психофизическим потребностям детей. Должен быть мягкий ковёр, кресла или диван, где дети могут свободно разместиться в удобной позе. Существенное внимание уделяется персонализации среды, когда любой ребёнок имеет собственное место, игрушку, предмет, может привести значимый и ценный лично для него предмет в общее пространство.

В зоне двигательной активности, оборудуемой по согласованию с рекомендациями медицинского персонала, инструктора ЛФК, целесообразно разместить шведскую стенку, безопасные тренажёры, кресло-качалку, «сухой бассейн», мягкие яркие пуфы и маты, поддерживающие приспособления и вспомогательные средства, которые позволят ребёнку с моторной недостаточностью включаться в определённый вид деятельности.

Возможность участия каждого ребёнка доступным ему способом (от пассивного до максимально активного) в том или ином виде деятельности является отличительной чертой образовательной среды в условиях ЦКРОиР.

В отношении детей с ТМНР, у значительной части которых наблюдаются несовершенства моторики, нарушения опорно-двигательного аппарата, сенсорные расстройства, адаптированная образовательная среда должна обеспечивать максимум свободы для передвижения по всей территории учреждения. В этом смысле оправдывается использование понятия «безбарьерная среда».

Безбарьерная среда подразумевает пространство, находясь в котором, человек с особенностями психофизического развития имеет свободный доступ к любому предмету окружающей обстановки и возможность беспрепятственного занятия любым видом деятельности. При этом рекомендуется использовать специальную систему ориентиров, знаков или символов, позволяющих легче ориентироваться, если возникает необходимость передвижения из одной учебной зоны в другую.

При наличии, например, нарушений функций опорно-двигательного аппарата предусматриваются:

- приспособленные для передвижения на инвалидных колясках тротуары, подземные переходы, городской транспорт, лифты;
- обеспечение свободного доступа в подъезды жилых домов, в учреждения образования, социальной защиты, медицинские учреждения, в магазины, кафе, вокзалы, кинотеатры и другие объекты культуры;
- специально оборудованные квартиры.

Вместе с тем, жилищная среда, общественные учреждения, транспорт далеко не всегда отвечают потребностям и возможностям

ребёнка с ТМНР. Без специальных приспособлений, не обеспечивая комфортность существования, перемещения, удовлетворение насущных потребностей, среда мешает тренировке полученных знаний и умений в быту. Приобретённые в результате кропотливой и длительной работы со специалистами умения оказываются невостребованными из-за отсутствия «безбарьерной», адаптированной к нуждам ребёнка среды, когда он находится вне стен специального учреждения. Нахождение в изоляции от общества, сверстников делает невозможным освоение новых социальных ролей, установление и поддержание контактов с окружающими, что является барьером для социальной адаптации детей с тяжёлыми нарушениями.

Таким образом, удовлетворение когнитивных и социальных потребностей ребёнка с ТМНР в значительной мере обеспечивается продуманным и адекватно организованным образовательным пространством. Соответствующий отбор средовых ресурсов является показателем качества условий деятельности ЦКРОиР, условием оптимизации педагогически организованной социализации ребёнка с тяжёлыми нарушениями психофизического развития.

Вопросы и задания:

1. Дайте определение понятию «коррекционно-педагогическая помощь».
2. Чем определяется содержание коррекционно-педагогической помощи лицам с ТМНР?
3. Раскройте понятие «коррекционно-развивающая работа».
4. Сформулируйте требования к организации развивающей среды для ребенка с тяжёлыми нарушениями развития.
5. Какие методы, приемы, игровые упражнения могут использоваться при организации коррекционного обучения «неговорящих» детей?
6. Каким образом влияет разное социальное окружение ребенка с особенностями психофизического развития на его контакты и представления об окружающем мире?
7. Каковы современные формы взаимодействия учреждения образования с семьей и оказания коррекционной помощи ребенку с особенностями психофизического развития и его семье?

8. Составьте рекомендации родителям по организации и реализации одного из направлений коррекционной помощи ребенку с тяжелыми нарушениями развития в условиях семьи.

9. Составьте рекомендации для родителей по отбору дидактического и игрового материала для ребёнка с тяжелыми нарушениями.

10. Сформулируйте основные правила, которые необходимо соблюдать при организации деятельности детей с тяжёлыми нарушениями развития.

11. Каковы требования к организации занятий с ребёнком с особенностями психофизического развития?

12. Проанализируйте современные периодические издания и составьте перечень публикаций по проблеме социализации ребенка с тяжёлыми и множественными нарушениями.

13. Проанализируйте статью Гладкой В.В., Логиновой И.Н. «Целеполагание в коррекционно-педагогической работе с детьми с ОПФР» и выполните задания:

- раскройте, в чём заключается существенное отличие коррекционно-развивающей цели и задач?

- рассмотрите наиболее распространенные способы выражения коррекционно-развивающих задач (через изучаемое содержание; через деятельность педагога; через внутренние процессы в развитии учащихся (процессы мышления, восприятия и др.); через планируемые познавательные достижения, опознаваемые в действиях (умениях) детей), обоснуйте их недостатки и достоинства, целесообразность формулировки;

- законспектируйте материал, касающийся алгоритма формулирования коррекционно-развивающей задачи через планируемые познавательные достижения.

Тестовые задания:

1. В качестве цели коррекционно-развивающей работы рекомендуется рассматривать:

а) формирование конкретных диагностируемых умений, способностей;

б) формирование конкретных диагностируемых и практико-ориентируемых умений, способностей;

в) формирование умений, способностей, ориентированных на желания и интересы ребёнка.

2. Содержание коррекционно-педагогической работы зависит от:

а) тяжести нарушений психофизического развития, особенностей проявлений психофизических нарушений, от конкретных ограничений жизнедеятельности, от запросов родителей ребёнка, от актуального уровня сформированности знаний, умений, навыков;

б) тяжести нарушений психофизического развития, особенностей проявлений психофизических нарушений, от конкретных ограничений жизнедеятельности, от возраста ребёнка, от его социального окружения, от условий воспитания, от актуального уровня сформированности знаний, умений, навыков;

в) от конкретных ограничений жизнедеятельности, от возраста ребёнка, от его социального окружения, от условий воспитания, от актуального уровня сформированности знаний, умений, навыков, от запросов родителей ребёнка.

3. Белорусские исследователи, занимающиеся проблемой организации и содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с ТМНР:

а) М.В. Жигорева, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская, О.В. Мамонько, И.Н. Миненкова;

б) Т.В. Горудко, Л.А. Зайцева, Е.М. Калинина, Ю.Н. Кислякова, Т.П. Кунцевич, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская, А.Р. Маллер, В.В. Скрипниченко;

в) Т.В. Горудко, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская, О.В. Мамонько, И.Н. Миненкова.

4. Коммуникативное поведение можно охарактеризовать как.

а) умение соблюдать культуру общения, использовать на практике вербальные средства коммуникации;

б) умение соблюдать культуру общения, использовать на практике вербальные и невербальные средства коммуникации;

в) знания о культуре общения, использование на практике вербальных средств коммуникации.

5. Различные виды педагогической и терапевтической помощи лицам с ограниченными возможностями устной речи, используемые с целью оптимизации взаимодействия с окружающими:

а) логопедическая помощь;

б) альтернативная коммуникация;

в) ассистивная поддержка.

6. Человеческая деятельность включает:

а) формирование мотива, реализацию последовательных действий, результат;

б) формирование мотива, постановка цели, сознательную регуляцию и контроль;

в) формирование мотива, определение цели и планирование деятельности, операционально-техническую сторону, сознательную регуляцию и контроль.

7. Практически все виды деятельности ребёнка с ТМНР характеризуются:

а) недостаточностью, несоответствием возрасту, низким уровнем сформированности мотивационно-побудительной сферы, нарушениями операционально-технического и реализующего звеньев;

б) полной несформированностью, глубокими нарушениями моторики;

в) полной несформированностью, несоответствием возрасту.

8. Правильным является утверждение:

а) стимуляция активности осуществляется через постепенное вовлечение детей с ТМНР в доступную коммуникацию: от пассивного наблюдения за общением к участию с помощью и максимально возможной самостоятельности;

б) общение детям с ТМНР предлагается в связи с необходимостью освоить содержание образовательной программы;

в) необходимо обязательно добиваться от ребёнка с ТМНР умения выражать свои чувства, мысли, просьбы и желания на вербальном уровне.

9. Условно выделяются компоненты образовательной среды:

а) предметные, пространственные, организационные, социально-психологические;

б) предметные, пространственные, развивающие, социально-психологические;

в) предметные, пространственные, организационные, психологические.

10. Основная цель создания адаптированной образовательной среды для детей с ОПФР заключается в необходимости:

а) обеспечить условия для передачи образовательных умений и навыков работы с детьми родителям;

б) обеспечить условия и помощь в получении определённого уровня образования с учётом способностей, возможностей, потребностей и интересов ребёнка.

в) обеспечить условия и психолого-педагогическую помощь для освоения программы массового учреждения образования.

Оригинальные тексты

Гладкая, В.В. Целеполагание в коррекционно-педагогической работе с детьми с ОПФР / В.В. Гладкая, И.Н. Логинова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pedsovet.org/forum/index.php?autocom=blog&blogid=571&showentry=18058>. – Дата доступа: 24.01.2013.

Формулировка коррекционно-развивающих задач через планируемые познавательные достижения, опознаваемые в действиях (умениях) детей

<...> Задача в таком случае: 1) ориентирована на ребенка, 2) конкретна, а следовательно, диагностична, 3) конструктивна.

Алгоритм формулирования коррекционно-развивающей задачи. Условно можно выделить 4 части формулировки.

Первая часть. В практике существуют три формы выражения первого слова: глагольное существительное, глагол совершенного вида, глагол несовершенного вида. Например, формирование – сформировать – формировать. Так как задача предусматривает ответ на вопрос: «Над чем буду работать на данном занятии?», то наиболее адекватным будет использование глагола несовершенного вида (например, формировать, развивать, совершенствовать, закреплять). Форма глагольного существительного (формирование, развитие и др.) более целесообразна при указании направлений коррекционно-педагогической работы – «формирование учебной деятельности», «формирование пространственных представлений» и т. п.

Вторая часть. Так как задача должна быть конкретной, диагностичной и направленной на достижения детей, то во второй части формулировки должно быть указание на действие, умение, способ деятельности и т. п.

Третья часть. Эта часть формулировки конкретизирует умение – формировать умение что делать? Приведем примерный, ориентировочный перечень глаголов, которые можно использовать в данной части формулировки: выбирать, выделять, отделять, отбирать, называть, обозначать, перечислять, соотносить, подбирать, различать, отличать, сравнивать, устанавливать взаимосвязь, находить, узнавать, оформлять, описывать, характеризовать, формулировать, объяснять, анализировать, классифицировать, (самостоятельно формулируя основания для классификации), систематизировать, дифференцировать, обобщать, определять, находить, решать, вычислять, оценивать, измерять, рассчитывать, использовать, планировать, завершать, контролировать, проверять, осуществлять самоконтроль (в ходе и/или после выполнения работ), изменять, дополнять, сочинять, пересказывать, составлять рассказ (план, диалог и т.п.), ставить, формулировать (вопросы и др.), прогнозировать, предполагать, моделировать (развитие событий, ситуаций и др.), конструировать, создавать, преобразовывать, перестраивать, делить на составные части, выражать, демонстрировать и др.

В ряде случаев формулировка задачи может быть трехсоставной – состоять из указанных трех частей. Например:

- формировать умение ориентироваться на листе бумаги: верх-низ, середина листа;
- формировать умение ориентироваться в схеме собственного тела: левый-правый;

- формировать умение соотносить реальное пространство с планом, ориентироваться в плане комнаты;
- развивать умение передавать пространственные отношения предметов в конструкциях;
- формировать умение обозначать словесно пространственные отношения между предметами;
- развивать умение устанавливать причинно-следственные связи между предметами и явлениями, изображенными на картинках;
- формировать умение выполнять классификацию предметов по заданному признаку;
- формировать умения устанавливать отношения больше, меньше, поровну;
- формировать умение определять первый и последний звук в словах;
- развивать умение предварительного планирования хода выполнения задания;
- развивать умение осуществлять самоконтроль по ходу деятельности.

Четвертая часть. В этой части формулировки задачи может быть указание на:

1) уровень самостоятельности ребенка (использование различных видов опор; указание на выполнение задания с помощью педагога, с частичной помощью педагога, самостоятельно). Например: формировать умение составлять рассказ-описание времени года с опорой на предметно-символический план; развивать умение пересказывать текст с опорой на предметно-графическую схему; развивать умение сравнивать предметы круглой и квадратной формы самостоятельно; формировать умение анализировать образец изделия по вопросам учителя; развивать умение планировать ход выполнения задания с опорой на технологический план и т. п.;

2) способ выполнения заданий (по образцу, по памяти, по представлению, по словесной инструкции). Например: развивать умение образовывать слова приставочным способом по образцу; развивать умение группировать предметы по форме, ориентируясь на образец; совершенствовать умение узнавать объекты (овощи, птиц или др.) по словесному описанию и т. п.;

3) используемый прием. Например: формировать умение сравнивать предметы по величине, используя прием приложения; развивать навык логического запоминания текста, используя прием создания мнемического плана и т. п. <...>

Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития: Программно-методические материалы; под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 181 с.

Педагогические требования к занятиям воспитателя и учителя-дефектолога

<...> Дефектолог как специалист в области коррекционной педагогики решает совместно с психологом разнообразные задачи: диагностические, консультативные, коррекционно-развивающие (обучающие), методические, организационные. Из названного перечня основных направлений деятельности учителя-дефектолога наиболее важными являются диагностическое и коррекционно-развивающее, потому что они адресованы именно детям. Без анализа и изучения (диагностики) индивидуальных возможностей ребенка невозможно правильно организовать психолого-педагогическое сопровождение таким образом, чтобы ребенок научился (на доступном ему уровне) действовать самостоятельно. Профессиональное внимание

психолога и учителя-дефектолога направлено главным образом на развитие психических функций: ощущений, восприятий, представлений, памяти, речи, мышления и др., а также на развитие произвольного внимания, эмоциональной сферы, регуляцию социального поведения. <...>

<...> учитель-дефектолог проводит специально организованные занятия в индивидуальной и подгрупповой (2–3 ребенка) форме. Структурно каждое занятие дефектолога (воспитателя) включает три этапа.

Организационный – предназначен для установления эмоционального контакта с детьми (ребенком), организацию его внимания на предстоящий вид деятельности («Будем играть», «Рассматривать картинки...», «Послушай, как звенит колокольчик» и т. п.). При индивидуальной форме занятия этот этап носит свернутый характер, он плавно переходит к следующему. Здесь важно овладеть вниманием детей, вызвать у них интерес. В условиях работы с подгруппой организационный этап включает в себя элементы повторения, закрепления, установления межличностных связей в группе, например, приветствие друг друга с передачей мяча, игрушки с обозначением имени (при отсутствии речи: рукопожатие, кивок головой, указательный жест, улыбка).

Обучающий этап – включает в себя основное содержание предстоящего занятия (20–25 мин.). В этой части предусматриваются разные виды деятельности педагога и детей, которые содержательно преобразуются.

Например, формируются понятия «большой», «маленький». В самом начале занятия дети, приветствуя друг друга, передают из рук в руки маленький мяч; затем появляется большой мяч, он сравнивается со знакомым маленьким мячом, далее педагог и дети «ищут» большую корзину для большого мяча, маленькую – для маленького. Понятие о величине закрепляется подвижной игрой: большой мяч пытаются забросить в узкую (маленькую) корзину, сетку, коробку, а маленький мяч – в большую. Педагог демонстрирует детям другие свойства: мяч прыгает, катится, лежит. В конце занятия появляются картинки с изображением большого и маленького мяча, педагог их раздает детям со словами «большой мяч», «маленький мяч», а также большой лист бумаги, фломастеры, на которых педагог и дети вместе рисуют большие и маленькие круги («круглый мяч»).

Заключительный этап занятия оформляется как поощрение деятельности, педагог благодарит, отмечает усилия и успехи ребенка (детей), разрешает свободно поиграть с игрушкой по выбору, после чего педагог прощается с детьми, называя их по имени. <...>

<...> Систематический анализ деятельности детей позволяет правильно организовать повторения упражнения, которые проводятся воспитателем по рекомендации учителя-дефектолога. Следует отметить, что структурные этапы организации занятий с детьми должны быть сходными, независимо от того, проводит их воспитатель или дефектолог, но учитель-дефектолог должен постоянно оказывать методическую помощь воспитателю для выработки общих педагогических действий в работе, в выборе средств, наиболее адекватных характеристикам и особенностям развития детей с учетом их индивидуальных и внутригрупповых различий. <...>

Содержание обучения предметно-практической деятельности

<...> Обучение предметно-практической деятельности направлено на формирование у детей произвольных целенаправленных действий с различными предметами и материалами и является основой дальнейшего обучения доступной производительной деятельности в области художественного творчества, ведения домашнего хозяйства и трудовой деятельности.

В ходе обучения предметно-практической деятельности воспитывается интерес к предметной деятельности, происходит развитие представлений об окружающих предметах, мелкой моторики, зрительно-двигательной координации, зрительного и слухового внимания, пространственно-топографических представлений, формируются приемы элементарной предметной деятельности, которые в дальнейшем могут использоваться на других занятиях. Происходит обучение соотношению реальных объектов с их изображениями, что в дальнейшем позволяет применять составленные из картинок расписания, которые облегчают самостоятельное выполнение ребенком серии последовательных действий. Занятия по предметно-практической деятельности проводятся преимущественно в индивидуальной форме.

Примерное содержание обучения

1. Восприятие предметов:

- фиксация взгляда на предмете;
- слежение взглядом за передвижением предмета;
- обследование предмета (зрительное, оральное, обонятельное, осязательное, слуховое);
- узнавание предмета по просьбе и самостоятельно (указание на предмет жестом, взглядом);
- соотношение двух одинаковых предметов (указание на такой же предмет, как у педагога, среди других предметов).

2. Восприятие изображений (фотографий, картинок, пиктограмм):

- различение изображения и фона: «картинка» и «не картинка» (указание на изображение жестом, взглядом);
- соотношение изображения с предметом.

3. Действия с материалами:

- игра с водой (удерживание рук в воде, плескание и др.);
- пересыпание (крупы, песка и других сыпучих материалов);
- комкание бумаги (газеты);
- размазывание (краски, клейстера, пены и др.);
- разминание в руках (пластилина, глины, теста).

4. Действия с предметами:

- захват;
- удержание;
- вынимание (из коробки, ящика, шкафа и др.);
- складывание (в коробку, на полку, в ящик и др.);
- поднятие / опускание (с пола / на пол и др.);
- переключивание (из одной емкости в другую);
- встряхивание (баночек, бутылочек с бусинками или крупой и др.);
- вставление (стаканчиков, шариков, мозаики и др.);
- нанизывание (колец / шариков на палку (пирамидка), крупных бусин на нить и др.);
- бросание (мячика, воздушного шара и др.);
- вращение (откручивание / закручивание);
- открывание / закрывание (банки, двери, окна и др.);
- нажимание / надавливание (на кнопку, выключатель и др.);
- сжимание предмета (двумя руками);
- закапывание / откапывание (в крупе, в песке и др.);
- наполнение предметов (крупой, песком, водой и др.);
- переливание / пересыпание (из одной емкости в другую);

- выдувание мыльных пузырей;
 - расстилание (салфетки, скатерти и др.);
 - разглаживание (салфетки и др.).
5. *Выполнение серии действий с предметами в определенном порядке:*
- доставание коробки с предметами;
 - выполнение задания с предметами;
 - складывание предметов в коробку;
 - возвращение коробки с предметами на место.
6. *Функциональное использование предметов:*
- столовых приборов и посуды;
 - предметов мебели;
 - материалов (бумага, клей, пластилин, краски и др.);
 - игрушек;
 - инструментов (карандаш, кисточка, ножницы и др.);
 - другие окружающие ребенка предметы. <...>

Формирование коммуникативных умений на основе невербальных и вербальных средств общения

<...> Основная цель работы в данном направлении – формирование навыков коммуникации для удовлетворения индивидуальных потребностей.

Общие задачи педагогической работы:

- обучение адекватным реакциям и действиям на обращения знакомых людей (подойти, улыбнуться, помахать рукой и др.);
- обучение использованию доступных знаковых систем (собственно речи, жестов, пиктограмм) для их реализации в играх, в быту, для сообщения информации о своем состоянии, выражения просьб и др.;
- воспитание элементарных социальных умений в общении: приветствие, прощание, благодарность.

Работа по формированию коммуникативных умений должна быть повседневной и органично включаться во все виды деятельности: быт, игру, обучение. Формирование коммуникативных умений является как самостоятельной задачей обучения, так и средством, позволяющим добиться успехов в развитии ребенка, т. е. обучение общению происходит непрерывно в самых разнообразных видах деятельности, на уровне «ребенок и взрослый», «ребенок и другие дети», «ребенок и окружающие». <...>

<...> Детей с ограничениями в формировании речи следует обучать, используя заместители речи. Это могут быть жесты, мимика, рисуночные изображения, количество которых, по мере их освоения и переноса в «активный словарь», постепенно увеличивается.

Когда количество понимаемых пиктограмм становится значительным, их следует поместить на тематических страницах в небольшой альбом (книжку), приучая ребенка пользоваться ею для общения.

Не следует ограничивать общение изображениями символов только бытового назначения. Символы (знаки) могут обозначать эмоциональные состояния («Мне хорошо», «Я рад», «У меня плохое настроение», «Я злой» и т. п.), желания («Хочу играть», «Послушать музыку», «Гулять» и т. п.). Все, сказанное в отношении работы с пиктограммами, должно разворачиваться последовательно от года к году, с учетом программы воспитания, индивидуальных показаний в развитии всех сторон психики ребенка. <...>

<...> К важнейшим достижениям в формировании коммуникативных умений, в создании предпосылок к развитию речи, можно отнести следующие:

- посильное участие вместе со взрослым и детьми в бытовых делах, реакции на обращения, просьбы, интонации, жесты;
- сопровождение разных видов деятельности доступными видами речи: вокализациями, звукокомплексами, словами, простой фразой;
- умение принимать участие в диалоге, отвечать на вопросы с помощью речи или знаковых заместителей.

Организуя повседневную жизнь детей, воспитатели должны стремиться к преодолению стереотипов бытовой лексики, привлекать внимание детей к различным предметам, действиям, явлениям так, чтобы расширялся и пополнялся лексический запас. Для совершенствования понимания речи важным является характер совершаемых действий, сопровождаемых речью:

- на уровне совместных (рука ребенка в руке педагога) и совместно распределенных действиях взрослого и ребенка «Возьмем мишку (куклу...), посадим его (ее) на стул, будем кормить мишку (куклу). Где тарелка, где ложка? Поставим тарелку перед мишкой. Возьмем ложку. Ешь, мишка, кашу. Каша вкусная» и т. д.;
- действия по подражанию («Смотри, как я делаю... Сделай так же»);
- действия по образцу (показ, образец);
- действия по расчлененной, последовательной инструкции: «Сначала одень рубашку, а потом носочки...»;
- организация самостоятельной деятельности ребенка на основе речи («Помоги Ане одеть сапожки, а потом куртку и шапку...»);
- действия на основе заместителей речи (жесты, пиктограммы, мимика). <...>

4. Использование метода базальной стимуляции в коррекционно-педагогической работе с детьми с ТМНР

4.1 Сущность и назначение метода базальной стимуляции. Принципы реализации метода базальной стимуляции и основные требования к нему

Андреас Фрелих (*Andreas Fröhlich: Basale Stimulation*) разработал целостную концепцию стимуляции детей с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития. Он назвал ее «Базальная стимуляция».

Зузанне Рабэ (Германия) отмечает, что базальная стимуляция предназначена для детей, у которых самостоятельная сенсомоторная деятельность крайне ограничена и их опыт в области собственного движения и взаимодействия с окружающим миром полностью зависит от помощи других людей [107].

Проблемы этих людей:

1. Не могут передвигаться самостоятельно.
2. Имеют гипо-, гипертонус мышц.

3. Трудности в плане коммуникации – не могут полностью выразить свои потребности (голод, жажда, ощущение дискомфорта).

4. Проблемы в соматике.

– постоянные болевые ощущения;

– неожиданный подъём температуры тела (может быть связан с нехваткой жидкости в организме);

– хроническое недоедание (не могут нормально питаться).

5. Имеют сенсорную и социальную депривацию (рано знакомятся с расставанием).

Проблемы родителей (значимых близких):

1) боль;

2) чувство гнева;

3) страх за будущее;

4) чувство вины.

Об этих проблемах нужно постоянно говорить с родителями (если они испытывают потребность поговорить об этом). Важно завоевать доверие родителей и максимально использовать сотрудничество с ними.

В основе метода базальной стимуляции лежит представление о пластичности центральной нервной системы. Благодаря этому становится возможным выстроить систему сенсомоторных действий, направленных на активное восприятие окружающего мира. По мнению А. Фрелиха, данная система может обеспечивать уровень восприятия, который мы наблюдаем у здорового ребенка в конце четвертого месяца жизни.

Стимуляция по А. Фрелиху осуществляется во всех областях ощущений (тактильных, кинестетических, зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых). При этом ведущим на первых порах является пассивное раздражение, осуществляемое взрослым с помощью собственного тела и разнообразных объектов окружающего мира. Термин «базальная» указывает на то, что в данном процессе используются самые простые раздражители (прикасаения, поглаживания, покачивания, надавливания, обхваты и др.).

Базальная стимуляция – это попытка обучать на самом элементарном уровне, ее основная цель — обеспечить ребенку:

- ощущение собственного тела;
- отделение своего тела от окружающих объектов;
- использование имеющихся двигательных возможностей;
- развитие собственной активности (реакции на окружающий мир);
- установление контакта со взрослым, выполняющим стимуляцию;
- подготовка ребенка к выполнению простых движений и действий.

В процессе базальной стимуляции происходит моделирование элементарных импульсов и связей, которые составляют основу ощущений и восприятия. Каждый опыт движения человека сохраняется его телом.

А. Фрелих исходит из предположения, что самые элементарные аспекты дееспособности человека: движение, восприятие и коммуникация – самым тесным образом взаимосвязаны. Поэтому метод базальной стимуляции является комплексным и включает в себя приемы, активизирующие не только отдельные движения и восприятие ребенка, но также элементы коммуникации и интеракции (взаимодействия).

Цели работы с помощью метода базальной стимуляции:

- 1) развитие ощущений и восприятия своего тела;
- 2) формирование чувства уверенности;
- 3) обучение родителей общению и уходу за ребёнком;
- 4) обучение приемам стимуляции;
- 5) подготовка ребёнка к возможной интеграции в детский коллектив.
- 6) формирование доверительного отношения.

Для отдельных детей цель может быть дополнена: добиться разрешения прикасаться к себе, обеспечить спокойное отношение к прикосновениям.

Успешность базальной стимуляции определяется соблюдением определенных принципов:

- двигательная активность (максимально возможная);
- определение актуального уровня потребностей ребенка;
- комфорт (ребенок не должен испытывать голод, жажду, боль и другие неприятные ощущения);
- ненасилие (если он не хочет работать, его не заставляют);
- позитивное подкрепление (следует выяснить, стимуляция каких зон ребенку нравится больше всего);
- обеспечение восприятия материалов различными частями тела (ноги, руки, щеки, спина и т. д.);
- максимальное использование ситуаций ухода, стимуляция с помощью теплой воды, крема, предметов туалета и одежды;
- стремление к ситуации первичной самостимуляции (рука рукой, нога ногой, лицо рукой и т. д.);
- использование частей тела ребенка для выполнения целенаправленных действий (поглаживание ребенка его рукой, смазывание кремом при помощи его руки и т. д.);
- чередование видов деятельности;
- обеспечение ощущения стабильности.

Опыт работы специалистов в области базальной стимуляции свидетельствует, что она может быть органично вписана в режим жизнедеятельности ребенка и сопровождать его обслуживание и уход, например, предварять одевание, купание, кормление и т. д. Специально же организованные занятия, не связанные с конкретными аспектами жизнедеятельности ребенка, считаются нецелесообразными.

В настоящее время на основе идеи базальной стимуляции А. Фрелих разработана концепция противоположной терапии, которая эффективно используется в системе комплексной поддержки лиц с тяжёлыми формами инвалидности [168].

4.2 Виды базальной стимуляции: соматическая, вестибулярная, вибрационная

В области восприятия А. Фрелих различает следующие виды стимуляции: *соматическую, вестибулярную и вибрационную.*

Соматическая стимуляция

Базируется на трех основных принципах: симметрии, напряжения–расслабления, ритмизации.

- Принцип симметрии предполагает симметричное положение тела (особенно это важно для детей с геми- и тетрапарезом), а также симметричное вовлечение в деятельность обеих половин тела, что позволяет воспринимать его как целостное.

- Принцип напряжения–расслабления указывает на необходимость гармонично чередовать эти состояния тела через изменения его положения или создания искусственным путем определенного его возбуждения.

- Принцип ритмизации предполагает прежде всего обеспечение определенного ритма дыхания за счет улучшения выдоха, а также гармонизации интервалов между вдохом и выдохом.

Поверхностное дыхание часто сопровождается болевыми ощущениями. Только на выдохе происходит расслабление. При поверхностном дыхании расслабление не наступает. Чем более поверхностно дыхание – тем больше напряжение.

Дыхание можно использовать как диагностическое средство (при поверхностном дыхании можно говорить о болях в данном положении, дискомфорте).

Упражнение 1 «Помощь при выдохе»

1 – найти удобное положение для себя и для пациента (сидя, лёжа);

2 – руки установить на нижние рёбра пациента;

3 – абстрагироваться от своего ритма дыхания;
4 – уловить ритм дыхания пациента;
5 – полная концентрация на дыхании;
6 – при выдохе – лёгкое надавливание на рёбра (короткое);
продолжать 5–10 минут.

7 – надавливание заменяется лёгким вибрирующим движением при выдохе;

8 – давать импульсы (надавливаний) для продолжительного выдоха.

В среднем через 2–3 мин. (20 надавливаний) дыхание пациента становится более ритмичным и глубоким.

Если пациент кричит, отказывается – надавливание нужно прекратить. Возможен вариант постепенного включения пациента в данный вид стимуляции (продолжительность ожидания – до полугода).

Упражнение 2. «Первичное (основательное) ознакомление с телом»

Исходное положение – лёжа на животе (рисунок 4.1).

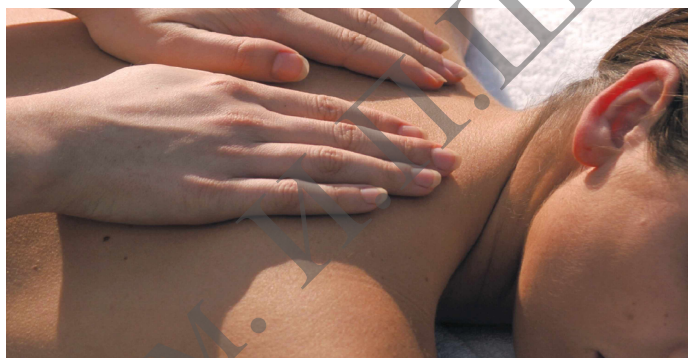


Рисунок 4.1 – Исходное положение

Важно:

- участие всех органов чувств; получение информации через кожу – доступно большинству людей с тяжёлыми нарушениями.
- первичная концентрация пациента на собственных ощущениях (поэтому движения должны быть очень медленными – «темп улитки») (!)
- по 10–15 раз – каждое движение.

Последовательность выполнения:

*1 шаг – от позвоночника, проведение ладонями в стороны, включая предплечья до пола, слегка нажимая на тело (на позвоночник не давить);
положение – лёжа на животе*

2 шаг – перекрёстные движения (начиная от предплечий до пола);

3 шаг – встречные движения ладоней по телу (не нажимая на позвоночник) (рисунок 4.2).

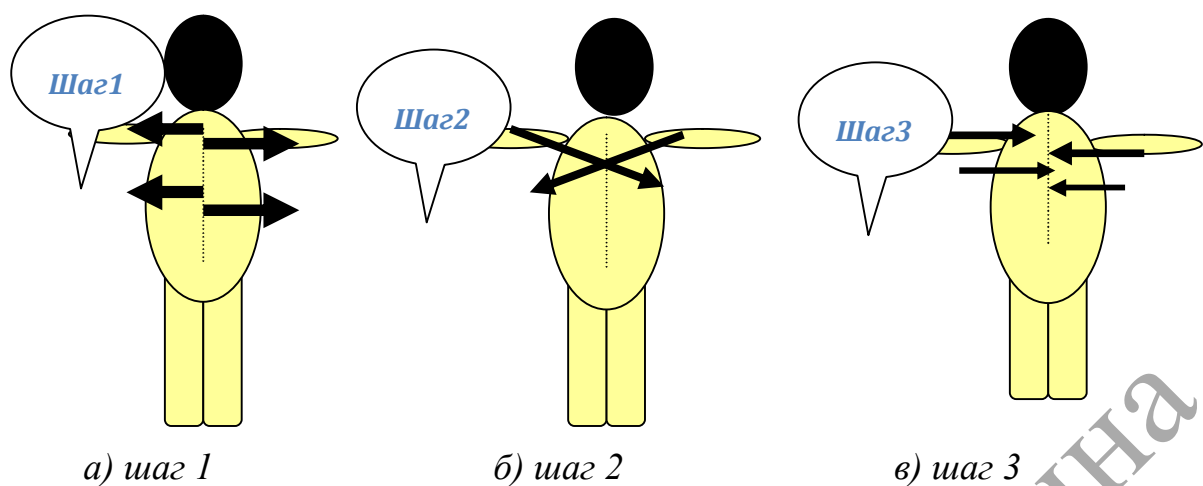


Рисунок 4.2 – Схема направления движения рук

Упражнение можно проводить и когда человек лежит на спине, на боку. За ось симметрии можно выбрать и боковую поверхность (если при большой спастике тело асимметрично).

Принципы выполнения:

- 1) медленность;
- 2) симметричность.

Возможно применение *подушек* (если не может лечь на живот и т. п.).

Чем выше мышечный тонус, тем сильнее можно нажимать.

Об ощущениях пациента информирует его *дыхание* (ритм, интенсивность). Чем слабее дыхание, тем нежнее прикосновение.

Примерная продолжительность – 20–30 минут.

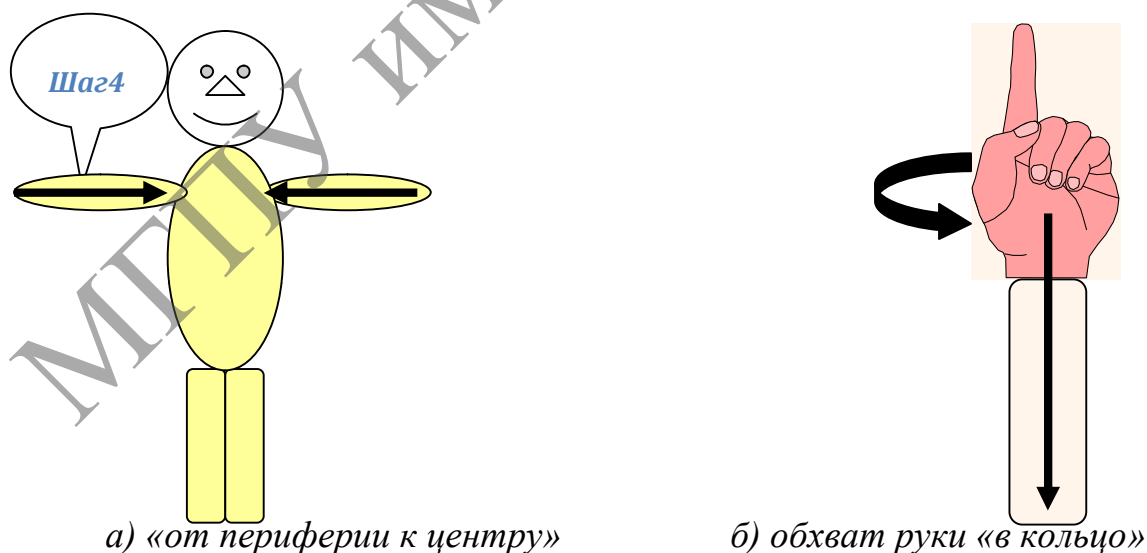


Рисунок 4.3. – Схема направления движения рук

4 шаг – руки

Цель: развитие восприятия руки как части тела – начиная от кончиков пальцев.

Положение – лёжа на спине.

Последовательность выполнения:

- пациент расслабляет руку (рука должна быть тяжёлой, можно сделать покачивающие движения рукой пациента);
- рука пациента берётся «в кольцо» рукой педагога;
- осуществляются движения по направлению от периферии к центру по внешней стороне (до шеи) и по внутренней стороне (до ключицы) (рисунок 4.3–а).

– Важно удерживать расслабленную руку на весу (можно приподнимать её, чтобы убедиться, что она расслаблена) (рисунок 4.3–б).

Осуществляются медленные движения по поверхности руки. Затем то же самое – с другой рукой.

5 шаг – ноги

– нога должна быть расслаблена (педагог должен встать на колени, положить ногу пациента на своё плечо);

– обхват ноги двумя ладонями;

– начиная с бедра, вести до носка (рисунок 4.4).

Медленные движения (примерно 15 раз каждая нога). Наиболее чувствительной к надавливанию считается зона в области икры.

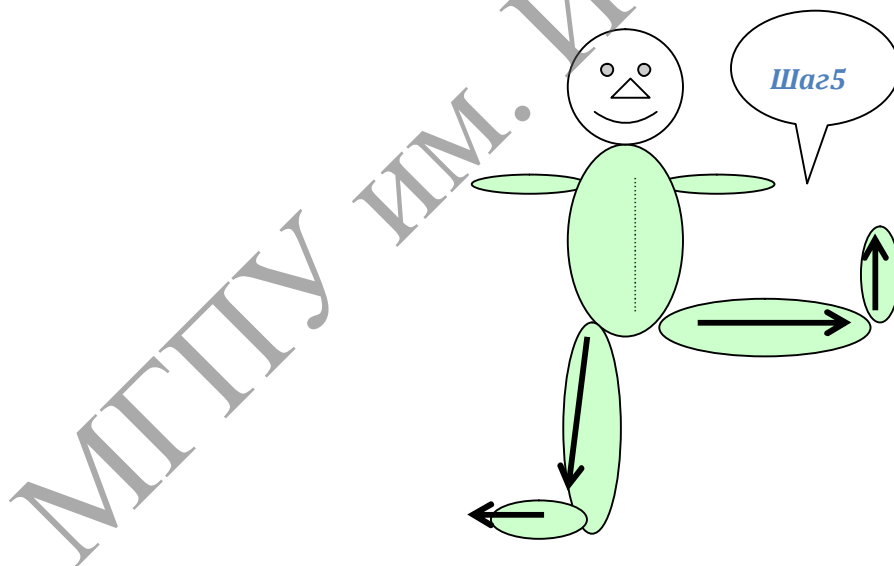


Рисунок 4.4 – Направления движений рук

По той же схеме (шаги 1–5) с целью создания разнообразия в ощущениях пациента можно проводить стимуляцию с использованием различных средств:

- ткани различного качества: капрон, шёлк,
- велюр, махровая, мех и т.д. (надеваются на руки педагога);
- фен (приближаем к телу постепенно, отдаляем);
- ароматические масла (если их аромат приятен для пациента) и т.д.

Если пациент вынужден уехать (в больницу, в интернат), можно давать ему с собой вещи, которые пахнут (вызывают ассоциации «мама», «дом» и т. д.).

Упражнение 3 «Голова»

Цель: стабилизация эмоционального состояния.

Исходное положение: педагог кладёт голову лежащего пациента к себе на колени (можно подложить под голову небольшую подушку).

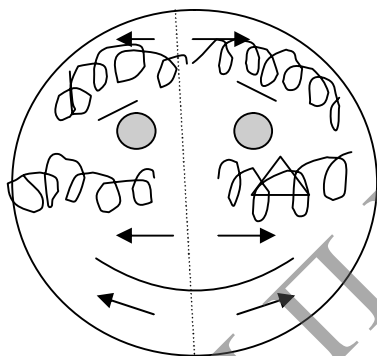


Рисунок 4.5 – Направления движений пальцев рук

Последовательность выполнения:

Положить руки на лицо, сконцентрироваться. Определить линию симметрии.

1. Совершать круговые движения от центра к периферии (лоб, щёки, подбородок).

Особенно чувствительна область рта (возможны рефлекторные произвольные движения артикуляционного аппарата).

2. Поглаживающие движения по векам в тех же направлениях.

3. Придерживая голову, убираем подушку, укладываем голову на руки и выполняем круговые движения в затылочной области, на шее.

4. Слегка сжать голову, положить её на ровную поверхность (рисунок 4.5).

Некоторые пациенты могут заснуть при выполнении данного упражнения.

Внимание! Данные упражнения не должны сопровождаться (начинаться, прерываться, заканчиваться) неприятными ощущениями (укол, приём горького лекарства и т. п.)

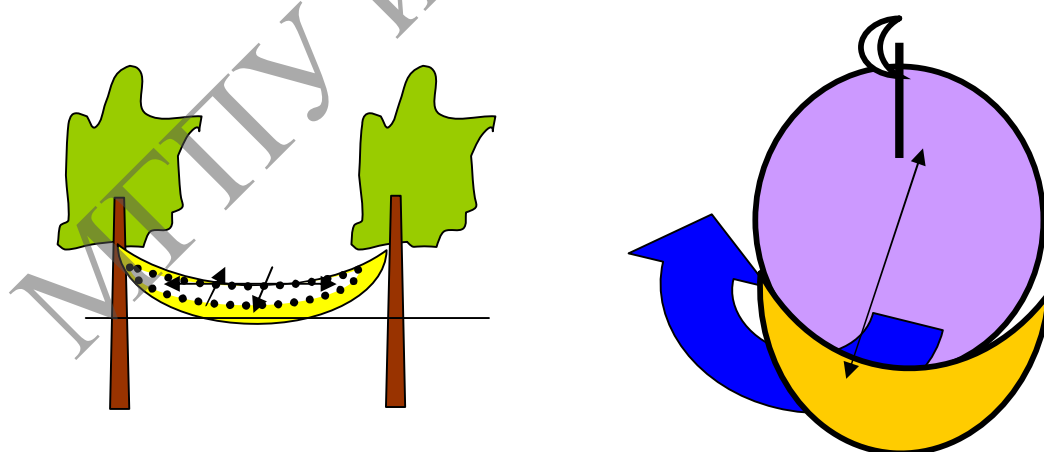
Вестибулярная стимуляция

Адресована вестибулярной системе, которая обеспечивает ребенку восприятие и анализ пространственной информации. Первый вестибулярный опыт ребенок получает очень рано, еще до рождения, находясь в утробе матери. Поэтому воздействия на вестибулярную систему не являются для него абсолютно новым опытом. Вестибулярная стимуляция включает в себя изменения положения тела в пространстве и его ритмичные колебания. Вестибулярные стимулы передаются телу, находящемуся в стабильном положении (лежа, сидя). Интенсивность и направление колебательных движений должны соотноситься со скоростью восприятия и обработки информации у конкретного ребенка. Рекомендуется практиковать совместные колебательные движения, они позволяют специалистам хорошо чувствовать детский тонус (его изменения), а детям придают уверенность, снимают ощущение страха. По мнению А. Фрелиха, соблюдение перечисленных требований способствует появлению у пациентов элементов внимания и сосредоточенности.

Тренировка вестибулярного аппарата и коррекция мышечного тонуса

Цель: развитие восприятия положения собственного тела в пространстве; коррекция мышечного тонуса.

Первый вестибулярный опыт ребёнок получает ещё в утробе матери. Важно организовать восприятие положения тела в пространстве в различных ситуациях. Для этого используются следующие средства (рисунок 4.6):



1– гамак; 2 – подвесные качели, сиденья

Рисунок – 4.6

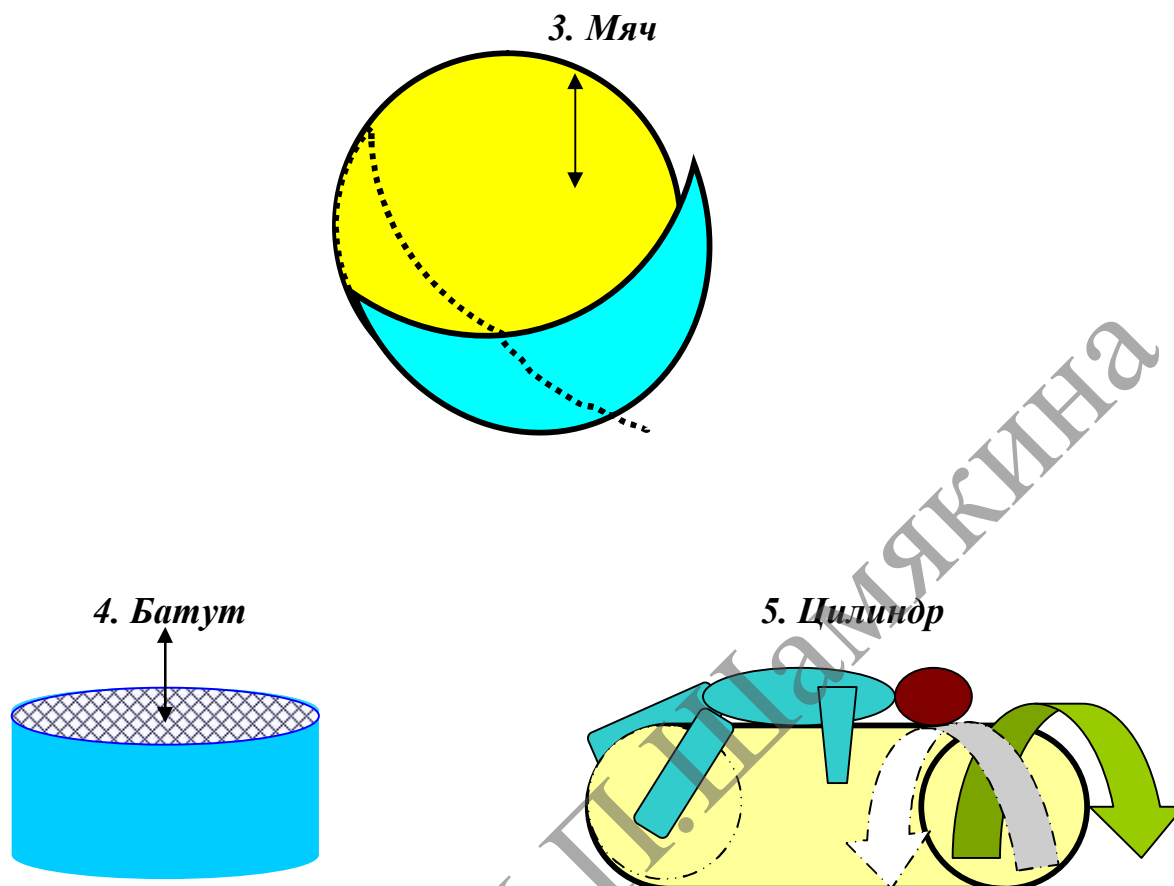


Рисунок 4.6 – Средства для вестибулярной стимуляции

- гамак (1) – положение тела: поперёк гамака, вдоль него;
- подвесные качели, сиденья (2);
- мяч (3);
- батут (4);
- цилиндр (5).

В гамак, качели специалист садится вместе с ребёнком, чтобы удержать его в нужном положении. С *осторожностью* нужно подходить к работе с пациентами, имеющими *спастичу*.

Лучше сначала работать в гамаке (движения с малой амплитудой), затем использовать мячи.

Для ребёнка с пониженным мышечным тонусом можно сразу предложить упражнения на мячах. Хорошо использовать мячи для гиперактивных детей.

Упражнения на мячах, батутах используются для работы с пациентами, которые имеют *стереотипные движения* (например, раскачивания в стороны). Специалист садится на мяч сам, садит перед собой пациента и сначала какое-то время выполняет стереотипное

движение синхронно с ребёнком, пытаюсь уловить ритм. Затем специалист начинает выполнять другое движение и постепенно ребёнок также начинает делать те же движения вместе со специалистом. Например, пациент: влево-вправо; специалист: по диагонали. Как правило, пациентам нравятся такие упражнения.

Важно:

- сконцентрироваться на ощущениях;
- держать пациента двумя руками, создавать ему ощущение *стабильности*.

Качели, подвесные сиденья (3) раскачивают, раскручивают вокруг оси специалиста со сменой направления движения (по часовой стрелке, против часовой). *НЕ раскручивать качели, подвесные сиденья вокруг своей оси!*

Можно использовать:

- *инвалидную коляску* (с колёсами, которые могут крутиться в стороны);
- *раскачивания в покрывале*.

Для более старших детей используются *доски на колёсах* (рисунок 4.7) (*типа скейта*). Специалист садится на доску, берёт пациента к себе на колени. Помощник за верёвку возит доску по кругу в разных направлениях.

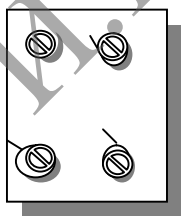


Рисунок 4.7 – Доска на колёсах

Развитие вестибулярного аппарата – одно из необходимых направлений ранней коррекционной помощи детям с нарушениями развития. На начальном этапе (с первых месяцев жизни) важно носить младенца на себе (на прогулке, при выполнении домашней работы). Необходимо обучить этому родителей. Используются:

- *сумки-«кенгуру»*;
- *большие платки* (платок завязывается наискосок на спине или на боку, ребёнок – впереди, на груди у взрослого).

Вибрационная стимуляция

Ориентирована на восприятие и обработку звуковых волн телом. У каждого ребенка есть опыт вибрационного восприятия, поскольку с первыми раздражителями подобного рода он сталкивается еще

в пренатальном периоде (колебания и шумы внутри и вокруг тела матери). Основным объектом воздействия вестибулярной стимуляции являются кости скелета, они хорошо воспринимают вибрацию и передают импульсы дальше по телу. Эффект вибрационной стимуляции имеет место только при оптимальном положении тела – лежа на спине. При этом нужная поза ребенка фиксируется на твердой поверхности. Соматическая стимуляция обеспечивает восприятие с помощью кожи, мускулатуры и суставов. В ходе такой стимуляции создаются условия для восприятия собственного тела, своих движений, а также прикосновений.

Лица с ограничениями не могут получить опыт того, где кончается их собственное тело и начинается окружающая среда (часто случаются падения, которые могут привести к переломам костей). Это «стеклянная болезнь» – остеопароз. В практике встречаются люди, которые имеют очень хрупкие кости, до такой степени, что их страшно взять за руку.

Новый вид терапии: давление на кости = вибротерапия. Цель: укрепление костей.

Обязательное условие – дополнительный приём кальция. Для профилактики также применяются вибрационные подушки, матрасы.

Руки

Движения начинаются с пальцев:

- 1) *надавливание* на кости;
- 2) *вибрирующие* движения.

Ноги

Надавливающие движения с кончиков пальцев, проходим возле пятки, берцовая кость, коленная кость, бедренная кость. Проблема в том, что кости выше колена практически прощупать сложно из-за слоя мышц. Поэтому надавливание должно быть более сильным. Предпочтительнее на ногах использовать *вибрирующие приспособления*:

- заводные игрушки типа «жуков», машин;
- электро-вибромассажёры;
- мобильные телефоны (с вибросигналом) и т. п.

Воздействие на кости с помощью слуховой системы

Звук-вибрация,

вибрация-звук

Используются:

- музыкальные инструменты (контрабас, барабан, гитара и т. п.);
- собственный голос (пропевание звуков, изменение тона голоса с помощью микрофона и без него).

Вызывая звук, постепенно подойти и дотронуться вибрирующим инструментом до любой кости или рядом с ухом пациента, постепенно отойти. Либо сначала далеко, затем приближаясь к уху пациента.

Используется *бубен* (и у взрослого, и у ребёнка). Это может служить средством общения, если ребёнок не говорит. Общаться можно на языке ударов по бубну – ребёнок может уловить ритм. Бубен (там-там) использоваться для опосредствованного выражения чувств, потребностей.

Известны случаи из практики, когда дети на протяжении долгого времени общались с окружающими при помощи звуков, издаваемых ударными музыкальными инструментами.

Важно использовать различные виды стимуляции, применять удачный опыт работы, осознавая, что человек с ограничениями не может быть полностью приближен к норме, он просто ДРУГОЙ, и важно найти альтернативные способы его развития. Нужно найти оптимальный способ общения, достичь одну цель, затем ещё одну. Но есть конечная цель, выше которой у пациента уже нет возможности двигаться.

Внимание! Представленные виды упражнений проводят только по согласованию с лечащим врачом пациента.

Развитие форм коммуникации

Говоря о коммуникации, А. Фрелих указывает на необходимость *устанавливать контакт с детьми при стимуляции любой из названных областей восприятия*. С одной стороны, он подчеркивает роль коммуникации в обеспечении связи между чувствами, восприятием и движением. С другой стороны, показывает влияние двигательных возможностей на становление коммуникации ребенка. А. Фрелих отмечает, что невозможно выражать свои впечатления от восприятия без соответствующих двигательных способностей.

По мнению А. Фрелиха, можно выделить 7 сфер коммуникации: *визуальную, тактильную, вибрационную, термическую, соматическую, коммуникацию запахами и вкусами*. У детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития коммуникация, построенная на взаимодействии с телом, а также на использовании мелодики и тембра голоса, располагает значительно большими возможностями, чем контакт с помощью речи и письма. Значимыми элементами языка тела являются: положение тела, телесный контакт, движения, характер движений, позы, запах, взгляд, выражение лица.

Коммуникация в процессе базальной стимуляции направлена на то, чтобы вызвать у ребенка реакцию на воздействие, правильно эту реакцию интерпретировать и соответствующим образом погасить или укрепить. Очень сложно правильно интерпретировать сигналы тела ребенка, но несмотря на это, надо стараться использовать любую попытку для


осуществления двустороннего контакта. В этой связи с обязательным требованием реализации взаимодействия является постоянное наблюдение за реакциями ребенка, его лицом, которое должно постоянно находиться в поле зрения взрослого.

Усиление коммуникации в процессе базальной стимуляции должно осуществляться с помощью эмоциональных вокализаций, которые не только сопровождают действия взрослого, но и представляют собой предложение ребенку вступить в вокализованный (звуковой) диалог. Посредством данного диалога происходит обозначение себя, выражение своих чувств и настроений. Обязательным правилом ведения такого диалога является немедленная реакция на произнесенные ребенком звуки, а также обеспечение ему необходимого времени для установления обратной связи посредством соблюдения речевых пауз. Девиз: «*Нельзя не общаться*».

При внимательном наблюдении можно по особенностям поведения заметить, что выражает пациент.

Уровень общения зависит от того, насколько пациент хочет и может общаться.

При общении с младенцем важно:

- 1) интонационно-мелодическая сторона голоса: 
- 2) темпо-ритмическая сторона (плавность, замедленность речи);
- 3) зрительный контакт;
- 4) $\text{max} = 30\text{см}$ – расстояние между лицами;
- 5) прикосновения;
- 6) краткость фраз, обращенных к ребёнку;
- 7) частое повторение имени ребёнка.

Одномоментно 10 секунд. Это то время, за которое ребёнок (*в норме*) может продемонстрировать ответную реакцию.

Взрослый идёт за ребёнком в общении.

Дети с тяжёлыми нарушениями:

- имеют проблему установления зрительного контакта;
- не различают звуки в речевом потоке (нарушено слуховое восприятие);
- нарушена мимика (может быть неадекватна или отсутствовать);
- нарушение дыхания влияет на звукопроизношение.

Часто проблема установления обратной связи.

Ребёнок обязательно должен получать ответную реакцию от взрослого.

Самым важным является:

- 1) У больного младенца только через 60 сек и более может наступить ответная реакция на стимуляцию (разговаривать не более 10 сек., затем ждать).

Такое долгое ожидание противоречит нашим инстинктам, мы внутренне противимся этому. Но ответной реакции нужно дожидаться, только это нужно объяснить матери. Если после 60 сек. нет реакции, нужно повторить эмоциональную, речевую стимуляцию. Важно научиться ждать.

Чем старше ребёнок, тем дальше от его лица мы приближаемся (в норме), но для детей с нарушениями ещё долго остаётся расстояние для общения, равное 30 см. Это также необходимо и лицам старшего возраста с ограничениями. Но это не значит, что с этими людьми нужно поступать, как с ребёнком.

Как только ответная реакция поступила, переходим к следующей ступени.

2) Важно с одного и того же расстояния говорить слова, повторять их снова и снова.

Ритуализированный тактильный контакт (в это же время).

Взрослый постоянно идёт за ребёнком.

В любом случае важна ответная эмоциональная реакция. Если пациент просто промычал какой-либо звук или несколько звуков. Взрослый повторяет эти же звуки + опять тот же звук, что и в начале.

В этой ситуации не должно быть дополнительных раздражителей (телевизора, радио и т. д.).

Объединить звук, зрительный контакт, прикосновение перед прощанием (при приветствии) с педагогом.

Определённый вид деятельности ассоциируется со словом. Например, «чистить зубы» – чистят зубы; «кровать» – идут спать.

Об уровне общения с пациентом важно сообщить команде специалистов, чтобы и другие сотрудники могли войти в контакт.

3) Пытаться разговаривать с помощью гласных (порядок: а, о, у, э, и, я, ю, е, ы). Постепенно вводить по одному звуку. Если не повторяет [у], повторить [а], затем снова [у].

Базальная стимуляция в определенной мере является средством профилактики таких состояний, как аутоstimуляция, стереотипия и аутоагрессия. С ее помощью, по мнению А. Фрелиха, в определенной мере можно устранять причины, приводящие к перечисленным специфическим состояниям, а именно преодолевать некоторые неблагоприятные явления, например: сильную сенсорную депривацию, неспособность осмысливать и соотносить полученные от раздражений впечатления, а также эмоционально их выражать.

Базальная стимуляция – это взаимные предложения, наблюдение, реагирование и ни в коем случае не одностороннее «лечение». Это – взаимодействие, игра между двумя людьми, которая содержит все базовые элементы коммуникации и интеракции.

Вопросы и задания:

1. Раскройте теоретические положения метода базальной стимуляции.
2. Как вы понимаете термин «базальный»?
3. Для работы с какой категорией лиц с ТМНР предназначен этот метод?
4. Докажите необходимость использования метода базальной стимуляции для ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития.
5. Какие принципы реализации метода базальной стимуляции вам известны?
6. Перечислите виды базальной стимуляции. Охарактеризуйте каждый из них.
7. На какие компенсаторные возможности организма человека опираются при использовании отдельных упражнений метода базальной стимуляции?
8. Внимательно ознакомьтесь с порядком выполнения упражнений по соматической стимуляции. Проведите данные упражнения в учебной группе, строго соблюдая все указания к ним.
9. Почему представленные виды упражнений проводят только по согласованию с лечащим врачом пациента?
10. В какие режимные моменты можно включать различные виды базальной стимуляции?

Тестовые задания:

1. К видам базальной стимуляции относятся:
 - а) соматическая;
 - б) вибрационная;
 - в) вестибулярная;
 - г) все ответы верны.
2. Какие ткани и материалы можно использовать для формирования дифференцированных ощущений:
 - а) шелк;
 - б) махер;
 - в) мех;
 - г) кожу.
3. Выберите средство вестибулярной стимуляции, которое с особой осторожностью используют для лиц со спастикой:
 - а) гамак;
 - б) батут;
 - в) цилиндр.

4. Когда у ребёнка с ТМНР может наступить ответная реакция на речевую, эмоциональную стимуляцию?

- а) через 5 секунд;
- б) через 60 секунд;
- в) через 5 минут.

5. Сколько, по мнению А. Фрелиха, можно выделить сфер коммуникации:

- а) 5;
- б) 7;
- в) 2.

6. Какую сферу коммуникации А. Фрелих не выделяет?

- а) визуальную;
- б) тактильную;
- в) музыкальную;
- г) коммуникацию запахами и вкусами.

Оригинальный текст

Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособие для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.; науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – 2-е изд. – Минск: УО «БГПУ им. М.Танка», 2008. – С. 65–69.

<...>Молодая учительница рассказывает о начале своей профессиональной деятельности в новой школе. На второй день работы ей выдали картонную коробку с различными щетками и сказали, что сейчас она должна полчаса заниматься базальной стимуляцией с Катрин. Катрин – девочка с очень тяжелой формой ограничения, она обычно присутствует на уроке, но не проявляет практически никакого интереса к тому, что там происходит. Молодая учительница 30 мин прикасалась к ладоням девочки разными щетками. Девочка воспринимала эти действия спокойно, но при этом не демонстрировала никакой реакции. После этого учительница задалась вопросом, а имеют ли данные действия вообще какой-либо смысл и можно ли их проводить так, чтобы у ребенка возник интерес к данному процессу. По прошествии определенного времени учительница во время этого упражнения начала мыть руки девочки в миске с теплой водой, используя жидкое мыло, мочалку, щетку для ногтей и губку. Через 2 недели Катрин впервые улыбнулась, когда ее руки опустили в воду, и с этого времени ей, похоже, нравится принимать ванны для рук, и она начинает все внимательней следить за происходящим. <...>

5. Использование метода сенсорной интеграции в коррекционно-педагогической работе с детьми с ТМНР

5.1. Понятие о сенсорной интеграции. Дисфункция сенсорной интеграции, её проявления в поведении ребёнка с ТМНР

Э. Дж. Айрес (1979, 2000) определяет «организацию ощущений для дальнейшего использования» как *сенсорную интеграцию*. Ощущения дают нам представления о физическом состоянии нашего тела и окружающей среды. Они текут в мозг подобно ручейкам, впадающим в озеро [1, с. 21].

Сенсорная интеграция - характеристика психического развития, отражающая взаимосвязь и взаимовлияние органов чувств. Она формируется в определенной последовательности, при этом каждый уровень сенсорной интеграции базируется на предыдущем (Дж. Айрес, У. Кислинг, Э. Крамер, И.Н. Миненкова и др.).

Эльке Крамер (Германия), представляя концепцию сенсорной интеграции по Дж. Айрес, указывает на следующие идеи [107, с. 83–85].

Самовосприятие ассоциируется с корнями дерева, которые обеспечивают ему устойчивость. Корни – это кожа, внутренние органы, мышцы, суставы и органы, контролирующие равновесие. Кожа является самым крупным и наиболее важным органом чувств. Ее площадь составляет от 1 до 2 м². Кожа содержит большое количество рецепторов (примерно 250 на 1 см²), с помощью которых она получает информацию о форме и границах тела. Мышцы и суставы вместе с внутренними органами сообщают информацию о положении и движениях тела. Органы равновесия посредством ощущения силы тяжести связывают тело с окружающим пространством. В результате возникает уверенность и устойчивость при ходьбе, неподвижном состоянии и всех других положениях тела. Таким образом, самовосприятие является основой для интеграции сигналов, воспринимаемых извне, а также предпосылкой для последующего самовыражения человека.

Восприятие окружающего мира символизирует ствол дерева. Ствол – это нос, язык, уши, руки и глаза. Мы нуждаемся в информации об окружающих нас людях и предметах, и ее нам передают наши органы чувств. Только получив данную информацию, мы можем сохранить ее у себя в сознании как основу для ориентирования в окружающем мире. Таким образом, при помощи обоняния, осязания, ощущения вкуса, зрения и слуха мы постигаем и «завоевываем» то, что находится вне нас.

Сенсорная интеграция соотносится с ветвями дерева. Ветви означают способности человека выполнять те или иные действия, а также дают информацию о характере этих действий (осознанность, креативность).

Навыки как результат успешной сенсорной интеграции символизируются плодами. Плоды – это концентрация и способность выполнять несколько задач одновременно, регуляция тонуса и равновесия, координация положения тела и движений, распределение силы и мелкая моторика, понимание слов и речи, ритм и мелодика, чтение, письмо, счет, самооценка, уверенность в себе. Плоды являются результатом роста и зрелости, они определяются мыслительной деятельностью (питание) и любовью (солнце).

Таким образом, по мнению Р. Шарфген (R. Scharfgen), сенсорная интеграция обеспечивает:

- активное восприятие (перцепцию);
- эмоциональное участие (эмоции);
- мотивацию деятельности (эмоции);
- планирование действий (осознание);
- совершение действий (осознание).

Сначала нужно почувствовать и узнать собственное тело, т. е. достичь определенного уровня самовосприятия. Затем, наряду с ощущением собственного тела необходимо приобрести ощущение окружающего мира. Самовосприятие и восприятие внешнего мира составляют основу сенсорной интеграции.

Сенсорная интеграция и этапы ее становления [30, с. 84] представлены на рисунке в Приложении В.

Сенсорная интеграция является важной основой для комплексного обучения и адекватного поведения. Для большинства детей сенсорный процесс интеграции проходит естественно, без всяких усилий. Но в некоторых случаях происходит сбой в работе таких систем.

Сенсорная дезинтеграция (дисфункция сенсорной интеграции) – это неврологическое расстройство, вызванное неспособностью мозга перерабатывать определенную информацию, полученную от основных сенсорных систем организма.

Сенсорные системы можно разделить на шесть областей. Трудности в каждой из них можно разделить на две части: гипер (высокая) и гипо (низкая) чувствительность. Тем не менее, важно помнить, что отличия/проблемы некоторых людей могут включать гиперчувствительность и гипочувствительность одновременно. На рисунке (в Приложении Г) представлена схема сенсорной дезинтеграции, основанной на гипо- либо гиперчувствительности к сенсорным стимулам.

У детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями чаще всего имеют место следующие симптомы:

- отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- отсутствие или неадекватность реакции на звуки;
- отсутствие поворотов головы в соответствующую сторону при возникновении звука;
- трудности при питье и глотании;
- отсутствие или недостаточность контроля в системе «голова-туловище»;
- неправильное положение головы.

Трудности в каждой из систем можно разделить на две части: *гипер* (высокая) и *гипо* (низкая) чувствительность. Тем не менее, важно помнить, что отличия/проблемы некоторых людей могут включать гиперчувствительность и гипочувствительность одновременно.

5.2 Сущность и назначение метода сенсорной интеграции.

Виды упражнений, направленных на улучшение сенсорной интеграции детей с ТМНР

Сенсорная интеграция – перспективное направление в коррекционной педагогике, которое занимает всё более уверенные позиции в системе помощи детям с тяжёлыми и множественными нарушениями развития в Республике Беларусь. Т.В. Варенова подчёркивает, что «главное отличие метода сенсорной интеграции от полисенсорного подхода в обучении состоит в том, что последний условно можно рассматривать как развитие органов чувств в статике. Метод же сенсорной интеграции является динамическим: зрительные, слуховые, тактильные и прочие ощущения и представления возникают в процессе движения» [21, с. 69–70].

Метод сенсорной интеграции Э. Дж. Айрес включает мягкие контакты с различными сенсорными стимулами.

Цель этого воздействия – усилить, сбалансировать и развить обработку сенсорных стимулов центральной нервной системы. Тем самым могут быть расширены компенсаторные возможности высшей нервной деятельности.

Занятия по данной методике отличаются своей непосредственностью. Создаются ролевые ситуации, в которые вовлекаются различные подручные инструменты и приборы. Преподаватель даёт шанс ребенку самому выбрать игру. Такие занятия способствуют развитию потенциала, который не в полной мере раскрыт у ребенка. Через некоторое время ребенок выбирает другую, уже более сложную игру, которая ставит перед ним новые задачи. Добиваясь собственного успеха таким естественным путем, ребенок постепенно развивается.

До начала терапии проводится предварительная оценка развития ребенка. Зная уровень развития, специалист подбирает соответствующие игры. Большую роль в такой терапии отводят подручным инструментам: планеры, изготовленные из различных материалов, огромные шары, хула-хуп круги, живые изгороди, большие зеркала, накладные сети и т.д.

Недостаточное развитие чувствительности, ощущений собственного тела может проявляться в поведении по-разному. У одного ребенка дефицит ощущений приводит к инактивности, он не знает, как обращаться с собственным телом, каким образом можно, например, поменять положение, освободить затекшую ногу, выбраться из-под одеяла, достать игрушку и т.д. Со стороны это может выглядеть как нарушение двигательной сферы, часто таким детям ставят диагноз «детский церебральный паралич» и т.п. На самом деле истинно двигательных нарушений здесь нет.

В другом случае, наоборот, наблюдается повышенная активность: ребенок бегает по комнате, залезает на мебель, хватается за разные предметы и при этом не получает адекватного «ответа» на свои действия. Он может сильно удариться или схватить горячий предмет и, не заметив этого, не отреагировать адекватным образом (например, не отдергивает руку). Иногда реакция на боль у такого ребенка бывает сильно отсрочена. Не чувствуя боли, ребенок не может предвосхитить опасные события и, таким образом, не учится, как обычный ребенок, что нельзя трогать горячее, хватать острый ножик и т.д. Он не соизмеряет свои движения с препятствиями на пути и постоянно ударяется, спотыкается, набивает шишки.

Часто недостаточная чувствительность приводит к «пространственным» страхам из-за неисследованности пространства (ребенок не прослеживает, откуда появляется и куда исчезает тот или иной предмет, пугается неожиданных изменений).

Также у детей можно наблюдать и обратное нарушение – гиперчувствительность. В этом случае тоже изменяется поведение ребенка, он не знает, как двигаться, чтобы избежать неприятного прикосновения. Часто ему неприятна обычная одежда, которую другие дети просто не замечают (свитер кажется ему колючим, резинка сильно сдавливает тело и т.д.). Ребенок стремится снять одежду, не хочет одеваться, устраивает истерики. При этом окружающим кажется, что ребенок избалован, упрям.

Занятия по сенсорному развитию необходимы ребенку, недостаточно ощущающему свое тело, неадекватно реагирующему на раздражители (ребенок боится прикосновений, брезглив, не выносит попадания краски на руки, громких звуков и др.). Среди возможных результатов такой работы для познавательного развития важны следующие:

- активизация общего психического тонуса ребенка;
 - поддержание тонуса у ребенка с повышенной истощаемостью в процессе познавательных занятий;
 - установление эмоционального контакта ребенка с педагогом;
 - развитие, дифференциация, нормализация чувствительности;
 - освоение ребенком схемы тела;
 - формирование представлений о собственном теле, его положении в пространстве;
 - осознание себя через телесные ощущения.
- Дополнительно могут ставиться и решаться такие задачи:
- развитие графо-моторных навыков и координации в системе «глаз-рука»;
 - развитие общей и тонкой моторики.

5.3 Сенсорная комната и особенности организации коррекционно-педагогической работы в ней

Сенсорные комнаты представляют собой помещения, оборудованные по стандартному или индивидуальному проекту, где ребенок или взрослый, пребывая в безопасной, комфортной обстановке, наполненной разнообразными стимулами, самостоятельно или при сопровождении специалиста исследует окружающее.

Сенсорные комнаты являются мощным инструментом для расширения и развития мировоззрения, сенсорного и познавательного развития, проведения психологических консультаций. Обстановка способствует нормализации психического состояния у здоровых и больных людей.

Эффективность применения таких комнат в реабилитационной и терапевтической практике доказана опытом многих стран, в т.ч. России, Беларуси. Положительный опыт использования сенсорных комнат в практике работы ЦКРОиР описан в ряде публикаций [1]; [28]; [94]; [97]; [107]; [160].

Волшебный мир сенсорных комнат не оставляет равнодушным никого. Сочетание разных стимулов (музыки, цвета, запахов, тактильных ощущений) оказывает различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние человека: как успокаивающее, расслабляющее, так и тонизирующее, стимулирующее, восстанавливающее. Поэтому сенсорные комнаты не только способствуют достижению релаксации, но и позволяет активизировать различные функции центральной нервной системы:

- стимулирует все сенсорные процессы;
- создает положительный эмоциональный фон и помогает преодолеть нарушения в эмоционально-волевой сфере;
- возбуждает интерес к исследовательской деятельности;
- корректирует нарушенные высшие корковые функции;
- развивает общую и мелкую моторику и корректирует двигательные нарушения.

Занятия в сенсорных комнатах помогают поднять простые ощущения на уровень осознанного восприятия, стимулируя тем самым процессы саморегуляции центральной нервной системы – психоэмоциональная сфера человека начинает ограждать себя от негативного воздействия стрессовых ситуаций.

Таким образом, в зависимости от поставленных задач сеансы в сенсорных комнатах можно рассматривать как:

- самостоятельную реабилитационную процедуру;
- способ подготовки к другим медико-психологическим мероприятиям;
- средство оптимизации реабилитационного процесса.

Вопросы и задания:

1. Раскройте понятие «сенсорная интеграция». Как можно схематически представить эту систему?
2. Что такое дисфункция сенсорной интеграции, как она проявляется в поведении ребёнка с ТМНР?
3. Почему ребёнок может жевать все подряд, включая одежду и предметы?
4. В чём сущность и назначение метода сенсорной интеграции?
5. Приведите примеры упражнений, направленных на улучшение сенсорной интеграции детей с ТМНР.
6. Что представляет собой сенсорная комната и каковы особенности организации коррекционно-педагогической работы в ней?

Тестовые задания:

1. Порог чувствительности понижен при:
 - а) гиперчувствительности;
 - б) гипочувствительности.

У человека, имеющего проблемы вестибулярной системы включают при гипочувствительности:

а) потребность раскачиваться, качаться, вращаться;
б) проблемы с деятельностью, которая связана с движением, например, с участием в спорте;

в) укачивание в машине.

2. У человека, имеющего нарушения аутистического спектра проблемы проприоцептивной системы включают при гиперчувствительности:

а) чрезмерная близость – человек постоянно встает слишком близко к другим людям/плохо понимает концепцию личного телесного пространства;

б) часто сталкивается с другими людьми;

в) проблемы с мелкими моторными навыками и манипуляцией маленькими предметами (застегивание пуговиц, завязывание шнурков);

г) двигает все тело, чтобы посмотреть на что-то.

3. «Каждый раз, когда ко мне прикасаются, мне больно; кажется, что все мое тело охватывает огонь» - о какой проблеме говорит автор Gillingham, G. (1995)?

а) гипочувствительность во вкусовой сенсорной системе;

б) гиперчувствительность в осязательной сенсорной системе.

4. Использование чистящих средств и шампуней без запаха, отказ от ношения духов, избавление окружающей среды от запаха по мере возможностей необходимо при дисфункции:

а) обонятельной сенсорной системы;

б) вестибулярной системы;

в) зрительной сенсорной системы.

5. У ребёнка гипочувствительность зрительной сенсорной системы. Он нуждается в том, чтобы:

а) увеличили применение визуальной стимуляции;

б) использовали светонепроницаемые шторы;

в) заниматься в сенсорной комнате рассматриванием ярких бегущих огоньков.

6. Ребёнок отказывается носить определенную одежду – не нравится определенная структура или давление на кожу, выворачивает одежду наизнанку. Ваши действия:

а) чтобы избежать швов – удалить любые ярлыки или наклейки;

б) позволять носить только ту одежду, в которой он чувствует себя комфортно;

в) купить новую обтягивающую одежду;

г) настаивать на своих требованиях «что надели на тебя – то и носи».

Оригинальные тексты

Айрес, Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [пер. с англ. Ю. Даре]. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.

<...> ниже представлены *идеи и стратегии*, которые, как можно надеяться, помогут создать более комфортную окружающую среду для человека с нарушениями аутистического спектра, чтобы избежать сенсорных перегрузок. Общие пункты, о которых необходимо помнить:

Анализируйте ситуацию

Помните, что причиной той или иной проблемы может быть сенсорная дисфункция, и всегда изучайте окружающую среду.

Проявляйте творческий подход

Используйте свое воображение, чтобы придумать позитивный сенсорный опыт и/или стратегии.

Готовьтесь заранее

Всегда предупреждайте о возможных сенсорных стимулах, с которыми люди могут столкнуться, например, о громких людных местах.

Сенсорная интеграционная терапия

Сенсорная интеграционная терапия включает мягкие контакты с различными сенсорными стимулами. Цель этой терапии – усилить, сбалансировать и развить обработку сенсорных стимулов центральной нервной системой. Делагато (1974), который первым разработал концепцию сенсорной интеграционной терапии, сфокусировал терапию на пяти ключевых сенсорных системах – зрительной, вкусовой, обонятельной, слуховой и тактильной. Сегодня оккупационные психотерапевты продолжают работать в этих областях, но они также учитывают вестибулярную и проприоцептивную систему во время создания и планирования режима занятий для конкретного человека.

Идеи для вестибулярной системы

Гипо

– поощряйте занятия, которые способствуют развитию вестибулярной системы – лошади-качалки, качели, карусель и кресла-качалки.

Гипер

– разделяйте деятельность на маленькие шаги, используйте визуальные подсказки для обозначения финишной линии или поощрения.

Идеи для проприоцептивной системы

Гипо

- размещайте мебель у стены комнаты, чтобы сделать навигацию проще;
- обозначайте границы с помощью яркого скотча на полу;
- прививайте правило «вытянутой руки» для других людей.

Гипер

- любой вид рукоделия;
- макраме.

Идеи для обонятельной системы

Гипо

– применение веществ с сильными запахами в качестве награды или переключения внимания от неприятных обонятельных стимулов.

Гипер

– использование чистящих средств и шампуней без запаха, отказ от ношения духов, избавление окружающей среды от запаха по мере возможностей.

Идеи для зрительной системы

Гипо

– увеличивайте применение визуальной стимуляции.

Гипер

– избегайте флуоресцентных ламп, используя вместо них окрашенные лампы;

– солнцезащитные очки;

– создайте огороженное рабочее место в классе: пространство или парту с высокими стенками или ширмами по обеим сторонам, чтобы блокировать лишнюю визуальную стимуляцию спереди и по бокам;

– используйте непроницаемые шторы.

Идеи для слуховой системы

Тренинг по слуховой интеграции

В начале 1980-х годов доктор Гай Берард разработал аппарат, который тестирует и тренирует слуховую систему. Согласно этому подходу, поведение является следствием проблем со слуховой системой. Представляя и меняя различные звуки, аппарат может использовать слуховые фильтры и увеличивать громкость, не вызывая дискомфорта. Цель состоит в том, чтобы натренировать слуховую систему и сбалансировать ее. Исследования этого подхода крайне ограничены.

Музыкальная терапия

Преимущества музыкальной терапии были заново открыты, и она часто применяется для людей аутичного спектра. Музыкальная терапия предоставляет уникальные возможности для коммуникации, общения и самовыражения.

Гипер

– закрывайте двери и окна, чтобы уменьшить внешние звуки;

– готовьте человека к тому, что придется посетить шумное или людное место;

– беруши;

– аудиоплеер;

– создание огороженного рабочего места.

Гипо

– сопровождайте вербальную информацию визуальными подсказками.

Идеи для тактильной системы

Гипо

– тяжелые одеяла;

– спальные мешки.

Гипер

– всегда предупреждайте ребенка, что вы собираетесь прикоснуться к нему, приближайтесь к нему только спереди;

– помните, что объятия могут быть скорее болезненными, чем утешающими;

– постепенно знакомьте ребенка с различными текстурами – приготовьте для этого коробку с материалами;

– учите ребенка самостоятельным действиям, позволяющим регулировать чувствительность (например, при расчесывании волос и мытье).

Примеры проблем

Проблема – возможная сенсорная причина – идеи

– Слишком разборчивый едок – гиперчувствительность к вкусу или текстуре еды, возможно, неспособность чувствовать еду во рту – постепенное знакомство с ощущениями от разной текстуры во рту, например, фланель, зубная щетка, еда; используйте маленькие порции, меняйте текстуру еды. Поощряйте занятия, в которых участвует рот, например, свистки, мыльные пузыри, рисование соломинкой.

– Жуёт все подряд, включая одежду и предметы – возможно, находит это расслабляющим, получает удовольствие от тактильных ощущений – соломинки, жевательные кольца без латекса, твердые жевательные резинки (охлажденные в холодильнике).

– Отказывается носить определенную одежду – не нравится определенная структура или давление на кожу, выворачивает одежду наизнанку, чтобы избежать швов – удалите любые ярлыки или наклейки, позволяйте носить только ту одежду, в которой он чувствует себя комфортно.

– Трудности с засыпанием – возможно, трудно отгородиться от ощущений, особенно зрительных и слуховых – используйте непросвечивающие шторы, позвольте ребенку слушать музыку для блокировки внешних звуков, используйте тяжелые одеяла.

– Не может сосредоточиться в классе – возможно, слишком много сенсорных ощущений: слишком шумно (разговоры, звонок, скрип стульев о пол), много визуальных стимулов (люди, картины на стенах), может быть трудно держать карандаш или ручку (слишком твердое/холодное) – отсадите ребенка подальше от дверей и окон, используйте мебель для создания зоны, свободной от отвлекающих стимулов или, если возможно, индивидуальное рабочее место, попробуйте различные текстуры, чтобы сделать карандаш или ручку более комфортабельными). <...>

6. Использование метода эрготерапии в коррекционно-педагогической работе с детьми с тяжёлыми и множественными нарушениями развития

6.1 Сущность эрготерапии и содержание деятельности эрготерапевта

Во многих странах мира (США, Канада, Германия, Франция) в реабилитации больных людей и лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями, уже более 80 лет достаточно широко используется эрготерапия. Как научная медицинская отрасль эрготерапия исследует проблемы преодоления последствий заболеваний и профилактики инвалидности. В настоящее время эрготерапия рассматривается в контексте оказания комплексной медико-психолого-педагогической помощи. Подчёркивается междисциплинарность эрготерапии, её связь с неврологией, психиатрией, педиатрией, ортопедией, физиотерапией, психологией, педагогикой, социологией, трудовой терапией, лечебной физкультурой и др.

Эрготерапия является довольно новым для России и Республики Беларусь направлением абилитации и реабилитации лиц с особенностями психофизического развития. Так, в России с 1999 года в Санкт-Петербургской государственной академии им. И.И. Мечникова стала реализовываться программа обучения специалистов под эгидой шведской Ассоциации эрготерапевтов (Е.В. Ключкова, С.Е. Мальцев, Е.А. Мишина).

В последние годы эрготерапевтические службы стали постепенно создаваться в отдельных учреждениях нашей страны, в том числе и на базе ЦКРОиР. Эрготерапевтические мероприятия могут организовываться в разных типах учреждений (в клиниках и больницах, в учреждениях образования, в учреждениях социальной, медицинской и профессиональной реабилитации) для людей любого возраста, испытывающих те или иные ограничения в разных сферах жизнедеятельности или при участии в жизни общества в связи с психофизическими недостатками, с тяжёлым заболеванием.

Эрготерапия рассматривается в качестве одного из *методов* восстановления двигательной активности и самостоятельности лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями, с выраженными моторными ограничениями, с детским церебральным параличом, пациентов после травм спинного мозга и инсультов, с заболеваниями суставов и др.

Термин «*эрготерапия*» (от греч. *ergon* – делать, действовать, работать, заниматься; *therapeutin* – лечить, ухаживать, сопровождать) можно трактовать как лечение, сопровождение через занятия, деятельность.

Целью эрготерапии является формирование отсутствующих или восстановление утраченных функций и их улучшение у лиц с особенностями психофизического развития, что позволяет достичь ими максимально возможного уровня самостоятельности и независимости в социально-бытовой и профессиональной сферах, в досуговой и общественной деятельности [88]; [94]; [120]; [144].

В зарубежной литературе встречается понятие «*Occupational therapy*» (*occupation* – занятость). Это направление в контексте эрготерапии подразумевает, что разные виды человеческой деятельности, придающие смысл жизни, помогают оптимизировать двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические функциональные возможности.

Занятость в эрготерапии принято подразделять на *повседневную активность, работу и продуктивную деятельность, досуг*. При этом к повседневной активности отнесены: личная гигиена, одевание, приём пищи, приём медикаментов, функциональное общение, мобильность, удовлетворение сексуальных потребностей; к работе и продуктивной деятельности – домашние обязанности, забота о других людях, получение образования, работа; досуг – это отдых, игра, хобби [120].

Важной идеей эрготерапии является признание факта: отсутствие деятельности при ограничении возможностей её выполнения из-за травмы, психофизического нарушения или другой причины приводит человека к ещё большим трудностям, к усугублению его состояния. Трудности выполнения отдельных действий, определённого вида деятельности – это не повод для отказа от них, а причина мобилизации человека, повышения его активности для освоения деятельности с помощью специально созданных условий. Тогда выполнение определённого рода деятельности будет помогать восстановлению и закреплению нарушенной функции.

Терапевтический эффект эрготерапии связан с представлением о том, что активная отработка в упражнениях бытовых, трудовых навыков позволяет приобретать, восстанавливать, совершенствовать компенсаторные навыки. В ходе тренировочных упражнений, во время занятий специалист по эрготерапии формирует те умения и навыки, которые будут востребованы в повседневной жизни, в учебной, профессиональной, досуговой деятельности, помогут войти человеку с ограничениями жизнедеятельности в русло максимально возможно нормальной, полноценной жизни. Возможность реализации любой придающей смысл жизни деятельности (повседневная активность, работа, продуктивная деятельность, досуг) способствует социализации индивида.

Основными стратегиями восстановления возможностей больного являются:

- *развивающая* (предполагает восстановление пострадавшей функции);
- *компенсаторная* (в случае невозможности даже частичного восстановления утраченной функции предполагает её замещение).

Эрготерапевт, как многопрофильный специалист, должен уметь оценить не только сформированность определённых функций, но и степень осознанности человеком своих проблем, критичности к своему состоянию, изучить социальный статус, профессиональную ориентацию, особенности коммуникации, любимые занятия пациента. Важно учитывать актуальный и потенциальный уровни возможностей человека с ограничениями жизнедеятельности, его желания, устремления, способности и интересы. В связи с этим *порядок работы эрготерапевта* может быть следующим.

1. Сначала при обследовании эрготерапевт должен выявить доступные виды деятельности и имеющиеся ограничения жизнедеятельности человека, нуждающегося в помощи (какие именно трудности испытывает, его «слабые стороны»). Эрготерапевт выясняет необходимые человеку виды деятельности, помогающие жить собственным выбранным путём, делающие жизнь интересной, но недоступные для выполнения по текущему состоянию здоровья. Определяет тот спектр действий, которые надо человеку с ТМНР освоить, чтобы суметь выполнять определённую значимую для него деятельность оптимально.

2. Далее специалист оценивает возможности адаптации окружающей среды (предметных, пространственных, социально-психологических, организационных ресурсов), прежде всего, жилого пространства, посещаемых учреждений, места работы.

3. Затем эрготерапевт определяет совместно с клиентом и его родственниками цели и план работы, направленной на восстановление или компенсацию утраченных функций, содействующей социальной реабилитации. Выбирает соответствующие методы и средства терапии, которые могут корректироваться в связи с меняющейся ситуацией.

4. В процессе эрготерапевтических мероприятий специалист проводит промежуточные и итоговую оценки достигнутых результатов.

Таким образом, отношения эрготерапевта и человека с ОПФР выстраиваются в форме сотрудничества, с активным вовлечением последнего в реабилитационные мероприятия. Участие в повседневной жизненно значимой деятельности помогает удовлетворению потребностей, желаний, преодолению жизненных проблем и получению от этого чувства удовлетворения и собственной значимости, реализации социальных ролей, а, значит, оптимизирует социальную адаптацию.

6.2 Реализация метода эрготерапии при обучении детей с ТМНР

Оказание эрготерапевтических услуг в ЦКРОиР позволяет апробировать новые формы комплексной поддержки ребёнка с ТМНР и его семьи. Занятия с эрготерапевтом активизируют компенсаторные возможности ребёнка с ТМНР, поскольку предусматривают разнообразные способы действий с предметами на полисенсорной основе, стимулируют познавательное и речевое развитие, оказывают положительное воздействие на личность, учитывая индивидуальные интересы и способности ребёнка, помогают вести максимально возможный самостоятельный образ жизни.

Слово «сам» является ключевым в эрготерапии. Ребёнок должен научиться делать что-то самостоятельно. Пусть минимальным будет такое достижение, но ребёнок получит удовлетворение от собственных движений, повысится его уверенность в своих силах и самооценка. Немаловажным является обязательное привлечение родителей в процесс социальной реабилитации в ходе эрготерапевтических мероприятий, что служит лучшему пониманию проблем и путей их решения, сплочению и налаживанию связей внутри семьи.

Применение метода эрготерапии в практике работы с детьми с тяжёлыми нарушениями развития позволяет реализовать следующие направления коррекционно-педагогической работы:

- оказание помощи ребёнку в достижении выполнения свободных движений, самостоятельности при самообслуживании и в элементарной трудовой деятельности;
- обучение использованию новых вспомогательных средств для передвижения и самостоятельному изготовлению родителями простых вспомогательных приспособлений, облегчающих жизнедеятельность ребёнка,
- обучение выполнению различных необходимых предметных, бытовых, игровых, учебных действий;
- развитие общей и мелкой моторики, улучшение способности к самостоятельным действиям;
- формирование и тренировка разных видов захвата, играющего ключевую роль в освоении социально-бытовых навыков;
- оптимизация социально-эмоционального, личностного развития;
- адаптация окружающего пространства в учреждении образования и в условиях семьи и др.

Эрготерапевт, по сути, помогает ребёнку с ТМНР применить в жизненных ситуациях вклад всех специалистов, участвующих в реабилитации и абилитации. Специалисты разного профиля в силу своей профессиональной компетентности развивают познавательную деятельность, речь, моторику, сенсорные процессы, оказывают медикаментозное воздействие, психологическую и социальную поддержку, а эрготерапевт подсказывает и показывает, как именно «обойти» те или иные ограничения жизнедеятельности и достичь успеха в определённом роде занятий, в деятельности, как научиться максимально интересно и качественно жить, быть независимым.

В качестве эрготерапевтических *методов* используются: метод сенсорной интеграции (по Д. Айрес), метод Бобат, когнитивно-терапевтические упражнения (по Перфетти), игры, тренировочные упражнения, моделирование элементов повседневной активности, элементы продуктивной (рисование, лепка, работа с мозаикой) и трудовой деятельности, компьютерные технологии, помогающие адаптироваться ребёнку в повседневной жизни, а также консультации, тренинги, мастер-классы, обучающие семинары для родителей.

Восстановление физической активности в процессе эрготерапевтических мероприятий основано на нейрофизиологической *концепции Бобат*. Необходимо во время занятий с ребёнком с ТМНР придавать его телу положение, приближенное к нормальному, физиологическому, что создаёт предпосылки для нормализации мышечного тонуса и освоения правильных движений, приобретения сенсорного опыта, дальнейшего развития. Собственная активность ребёнка поддерживается и стимулируется.

Согласно концепции Бобат, терапия должна достаточно полно охватывать повседневную жизнь ребёнка. Эрготерапевт обучает окружающих людей правилам ухода за ребёнком, взаимодействию с ним, которое предполагает учёт эмоционального состояния и достижение хорошего самочувствия, максимально возможной двигательной самостоятельности, предотвращение ухудшения психофизического состояния ребёнка [41; 94; 144]. Использование метода Бобат-терапии позволяет достичь значительных положительных изменений у лиц с неврологической симптоматикой, например при ДЦП: стимулируется моторное развитие, осуществляется профилактика контрактур (ограничений движений в суставах) и деформаций (устойчивых патологических позиций конечностей), постепенно осваиваются и закрепляются новые движения. Нейроразвивающая терапия, которая базируется на концепции Бобат, использует три основных принципа: *стимуляции, ингибиции, фасилитации*.

Стимуляция – воздействие, помощь, усиливающие возможности активного самостоятельного освоения новых двигательных умений и навыков, нормального положения тела в пространстве через использование тактильных и кинестетических стимулов (раздражителей).

Ингибиция (от лат. *inhibere* – удерживать, останавливать, тормозить) предполагает подавление патологических образцов движений, положений, рефлексов, которые препятствуют развитию нормальных движений.

Фасилитация (от англ. «*facilitate*» – облегчать, содействовать, способствовать) – поддержка, облегчение, усиление правильных образцов движений и поз в ходе занятий со специалистом.

В Бобат-терапии используются также специальные *приёмы позиционирования*, когда специалист помещает пациента в определенные нормализующие мышечный тонус позы, и *техники ручного обращения* (движения ребёнка с помощью рук специалиста). Приёмы ручного обращения представляют собой адекватную внешнюю помощь эрготерапевта ребёнку в управлении его движениями во всех ситуациях. Единство доступных в данный момент самостоятельных движений и выполняемых с посторонней помощью позволяет, благодаря постоянной тактильно-кинестетической обратной связи, накапливать ребёнку сенсорный и двигательный опыт, формировать схему собственного тела, осваивать постепенно новые самостоятельные движения [144].

Методика, разработанная К. Перфетти, основана на использовании разного уровня сложности *когнитивно-терапевтических упражнений*, помогающих улучшению неврологической организации мозга и восстановлению контроля над движением. Эти упражнения выполняются с разной степенью поддержки, и в перспективе предполагается обучение

пациента самостоятельному планированию движений. Отличительной особенностью данного метода нейрореабилитации является строго индивидуальные приёмы лечения и тщательный отбор упражнений по тренировке комплексных, тонко-моторных движений в соответствии с клинической картиной заболевания.

Наличие широкого спектра психофизических недостатков у детей с ТМНР вызывает ограничение их доступа к различным объектам окружающей среды, невозможность свободной реализации действий с разными предметными ресурсами, вызывают утрату способности к разного рода деятельности. Такие ограничения проявляются тем более, чем более оказывается неприспособленной, неорганизованной окружающей человека среда.

Одна из важнейших задач эрготерапевта – *специальная организация и адаптация среды*, в которой человек с ТМНР мог бы ощущать себя максимально свободно в разной деятельности, не испытывать функциональных ограничений, жить независимо от помощи окружающих лиц.

Адаптировать к потребностям детей с тяжёлыми нарушениями необходимо любое пространство, где проходит жизнь ребёнка – это группа (класс), учреждение образования, жилое помещение (комната), кухня, туалетная комната и др. Таким образом, в реальных или тех помещениях, которые представляют собой имитацию жилого пространства, может работать вместе с ребёнком специалист по эрготерапии, если таковой имеется в штате сотрудников ЦКРОиР. Особое внимание уделяется оборудованию в специальном учреждении образования кабинета социально-бытового ориентирования (СБО), где дети могут осваивать элементарные хозяйственно-бытовые навыки: разогрев и приготовление простых блюд, мытьё посуды, уборка обеденного стола, пользование простыми бытовыми приборами, ориентирование в условиях быта и др.

С целью компенсации определённых ограничений жизнедеятельности рекомендуется широко использовать различные *вспомогательные средства и приспособления*. Специальное оборудование и приспособления, подобранные с учетом индивидуальных особенностей, позволяют эффективно организовать занятия, отдых, всю жизнедеятельность детей с тяжёлыми и множественными нарушениями. Без таких вспомогательных средств около 80% энергии ребёнок может тратить на поддержании поз, а не на продуктивную деятельность.

Адаптированная для лиц с ТМНР среда предполагает наличие стационарных и нестационарных индивидуальных приспособлений, оборудования, технических средств, позволяющих быть относительно независимым, особенно в условиях небольшого закрытого пространства.

К общим стационарным приспособлениям относят: горизонтальные и вертикальные поручни, опорные рамы, пандусы, лифт, подъёмники, отсутствие порогов между комнатами, специальная трансформируемая мебель, учитывающая специфические потребности лиц с моторными нарушениями и т. д.

В качестве индивидуальных приспособлений используют: трость, костыли, ходунки, шины, ремни, бандажи, подголовники, кресло-коляску, различные приспособления для приёма пищи, одевания и раздевания, выполнения санитарно-гигиенических процедур и др.

Для улучшения условий качества жизни лиц с тяжёлыми психофизическими нарушениями, в основном, зарубежными производителями предлагается также широкий диапазон различных вспомогательных технических устройств (или ассистивных устройств), позволяющих самостоятельно осуществлять самые разные жизненно важные действия, которые недоступны без применения подобных устройств.

С целью облегчения самообслуживания и физической независимости используются устройства и приспособления:

- для настенной фиксации приборов личного пользования (столовые приборы, электрические приборы, гигиенические принадлежности);
- при приготовлении пищи для нарезки хлеба и продуктов, для фиксации посуды на столе, для открывания банок и бутылок, захвата крышек кастрюль, чайника и др.;
- при нахождении лёжа в кровати для чтения, письма, приёма пищи, для досуговой деятельности – рукоделия, рисования (различные трафареты, специальные подставки, специальные бытовые и школьные принадлежности, насадки-держатели, специальный надкроватьный столик с изменяющимся углом наклона и регулированием высоты и др.);
- для пользования электроприборами, компьютером, выключателями;
- для оптимизации физического состояния и движения (кресла-корсеты, «вертикализаторы» или стендеры, специальные костюмы для нормализации мышечного тонуса);
- приспособления для возможности самостоятельного подъёма, передвижения, удержания позы (опоры, специальная трансформируемая мебель, отсутствие порогов, трость, костыли, ходунки, шины, ремни, бандажи, подголовники, кресло-коляска, подъёмник, валики для стабилизации положения тела, мягкие бесформенные мешки-кресла, наполненные шариками полистирола, кусочками поролона и принимающие форму тела и др.);

- приспособления для поднятия предметов с пола, для закрывания форточек, штор, дверей, держатель телефонной трубки;
- при самообслуживании приспособления для одевания и раздевания, выполнения санитарно-гигиенических процедур, приёма пищи и др.

Одной из функций эрготерапевта становится индивидуальный подбор, апробирование тех или иных вспомогательных средств социальной реабилитации ребёнка, а также проведение консультаций для родителей и работающих с ним специалистов по их применению в тренировке навыков в быту и при самообслуживании, во время досуга, по изготовлению простейших приспособлений и др.

К малым вспомогательным средствам, которые изготавливаются своими руками эрготерапевтом или под его руководством родителями, относят, например, наплечный платок, затылочный валик, корсет, жилет с утяжеляющими вставками, пояс для сидения, фиксаторы и др.

Различные приспособления помогают достичь симметричного положения головы и тела ребёнка с ТМНР, улучшить контроль и регулировать мышечный тонус тела, облегчают дыхательную функцию, приём пищи и питьё, способствуют эффективному проведению работы эрготерапевта и других специалистов, взаимодействующих с ребёнком, и, главное, дают возможность ребёнку самостоятельно выполнять физиологические движения, проявлять собственную активность.

При подборе специального оборудования и вспомогательных приспособлений Р. Хольц предлагает учитывать следующие критерии:

- препятствие развитию угрожающих вторичных осложнений;
- компенсация физических ограничений ребенка;
- поддержка нейрофизиологического воздействия по концепции Бобат (снижение влияния или препятствие проявлению патологических двигательных образцов, помощь в развитии физиологических двигательных образцов, облегчение движений, оказание помощи в быту, в повседневной жизни) [144].

Среди *медицинских и технических требований* к специальному оборудованию выделяют следующие:

- соответствие типу отклонения в развитии;
- функциональность изделий;
- предупреждение возможных осложнений при использовании оборудования;
- соответствие реабилитационного воздействия с физиологической функцией пострадавшего органа;
- безопасность при использовании;

- надёжность и прочность оборудования;
- простота и доступность в использовании;
- компактность и др.[41]; [61]; [74]; [143]; [144].

Таким образом, реализация реабилитационных эрготерапевтических мероприятий в разных сферах жизни ребёнка с ТМНР помогает максимально возможно восстановить способность действовать независимо от помощи окружающих, участвовать в жизни социума.

Использование вспомогательных средств и приспособлений позволяет облегчить повседневную жизнь ребёнка с ТМНР и его родителей, улучшить контроль за собственным положением тела и производимыми движениями, возможность передвигаться в пределах оборудованного помещения и вне его, приобретать необходимый для дальнейшего развития сенсомоторный опыт, вступать во взаимодействие с окружающим предметным и социальным миром.

Организуя эрготерапевтические мероприятия, специалистам необходимо следовать желаниям ребёнка, его интересам и запросам: научиться заниматься привлекательной деятельностью, играть, общаться, развлекаться, быть независимым от других, выполнять соответствующие социальные роли и функции.

Вопросы и задания:

1. Раскройте сущность и цель эрготерапии в абилитации и реабилитации лиц с ОПФР.
2. Каким образом взаимодействует эрготерапевт с ребёнком с ТМНР?
3. Какие направления и задачи коррекционно-развивающей работы с ребёнком с ТМНР могут быть реализованы эрготерапевтом?
4. Назовите и охарактеризуйте особенности методов, используемых в эрготерапии.
5. Раскройте сущность Бобат-терапии как эрготерапевтического метода.
6. Проанализируйте прилагаемые оригинальные тексты, другие информационные источники и раскройте особенности использования вспомогательных средств и приспособлений для детей с ТМНР согласно концепции Бобат-терапии.
7. Какие требования предъявляются к вспомогательным средствам и приспособлениям, используемым в коррекционной работе с детьми с ТМНР?
8. Является ли необходимым привлечение родителей в эрготерапевтические мероприятия? Обоснуйте свой ответ.

Тестовые задания:

1. Термин «эрготерапия» можно дословно трактовать как:

- а) лечение, сопровождение через занятия, деятельность;
- б) лечение, помощь через работу, досуг;
- в) обучение, сопровождение через работу, деятельность.

2. Технические и медицинские требования к вспомогательным средствам и приспособлениям:

а) соответствие типу отклонения в развитии, компактность, простота и доступность в использовании, предупреждение возможных осложнений при использовании оборудования, соответствие реабилитационного воздействия физиологической функции пострадавшего органа, функциональность изделий;

б) компактность, безопасность при использовании, простота и доступность в использовании, красочность изделия, соответствие типу отклонения в развитии, соответствие реабилитационного воздействия физиологической функции пострадавшего органа;

в) простота и доступность в использовании, соответствие реабилитационного воздействия физиологической функции пострадавшего органа, компактность, низкая стоимость, предупреждение возможных осложнений при использовании оборудования, красочность изделия, функциональность изделий.

1. Порядок работы эрготерапевта с человеком с ТМНР:

а) анализ доступных человеку видов деятельности и выявление ограничений жизнедеятельности, оценка окружающей среды и возможностей ее адаптации, постановка цели и планирование эрготерапевтических мероприятий, промежуточные и итоговая оценки достигнутых результатов;

б) оценка окружающей среды и возможностей ее адаптации, анализ доступных человеку видов деятельности и выявление ограничений жизнедеятельности, постановка цели и планирование эрготерапевтических мероприятий, промежуточные и итоговая оценки достигнутых результатов;

в) постановка цели и планирование эрготерапевтических мероприятий, оценка окружающей среды и возможностей ее адаптации, анализ доступных человеку видов деятельности и выявление ограничений жизнедеятельности, промежуточные и итоговая оценки достигнутых результатов.

2. *К общим стационарным приспособлениям относят:*

а) подъемники, опорные рамы, трость, поручни, кресло-коляску, костыли;

б) поручни, опорные рамы, отсутствие порогов между комнатами, подголовники;

в) поручни, опорные рамы, подъемники, отсутствие порогов между комнатами, пандусы.

3. *В качестве индивидуальных приспособлений используют:*

а) трость, костыли, ходунки, шины, ремни, бандаж, подголовник, кресло-коляску, приспособления для санитарно-гигиенических процедур;

б) костыли, опорные рамы, поручни, ходунки, шины, ремни, лифт, бандаж, подголовник, кресло-коляску, приспособления для приёма пищи, одевания и раздевания;

в) поручни, трость, костыли, ходунки, шины, ремни, бандажи, подъемники, подголовник, кресло-коляску, опорные рамы, приспособления для приёма пищи.

Оригинальные тексты

Хольц, Р. Помощь детям с церебральным параличом / Ренате Хольц [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.litmir.net/br/?b=138906&p=1>. – Дата доступа: 13.11.2012.

Концепция Бобат как основа для использования вспомогательных средств и специального оборудования

<...> Цель нашего воздействия – дать ребёнку возможность научиться движению на основе получения двигательного опыта, другими словами, мы стремимся помочь ему в «самоорганизации».

С помощью специальным образом организованного использования тактильных и двигательных раздражителей в процессе терапии поддерживается регуляция мышечного тонуса. Возникновению физиологически правильных движений и поз ребёнка способствует и то, что отдельные суставы находятся в физиологически правильных положениях друг по отношению к другу. Торможение патологических реакций терапевты называют ингибцией. Только осторожное расслабление спастичных мышц вызывает у ребёнка базовые двигательные реакции, т. е. активизируются выпрямительные реакции и реакции поддержания равновесия (фасилитация). Это приводит к улучшению контроля за положением тела и позволяет расширить собственные возможности ребёнка.

Собственная активность ребёнка, пока ещё недостаточная, поддерживается и видоизменяется благодаря использованию вспомогательных приспособлений и специального оборудования. Так мы создаем оптимальные условия для компенсации сенсомоторных нарушений или, по крайней мере, препятствуем ухудшению функционального состояния у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями. <...>

<...> Наше воздействие на ребёнка с тяжёлыми и множественными нарушениями должно способствовать достижению трёх целей:

1. Ребёнок должен чувствовать себя хорошо.

Мы всегда должны учитывать состояние ребёнка и родителей в конкретный момент времени. Самый главный в этот момент «поражающий фактор» должен быть выявлен и, по мере возможности, устранён или ослаблен.

Часто это становится не только чисто эмоциональной, но и жизненно важной потребностью ребёнка и его семьи. Если мы создали базис, на основе которого ребёнок может изменяться, чувствует себя лучше и готов проявлять самостоятельную активность, то вместе с ним можем постараться сделать следующий шаг.

2. Границы возможностей должны расширяться.

Нашей целью должна быть стимуляция двигательных способностей и максимально возможной двигательной самостоятельности, точнее, мы должны добиваться максимально возможной самостоятельной активности ребёнка.

3. Ухудшение состояния необходимо предотвратить.

Учитывая серьёзность ограничений, которые нарушения развития накладывают на ребёнка, ставить себе такую цель можно лишь условно. По мере взросления ребёнка нашей целью становится хотя бы сохранение status quo. В этой ситуации применение специального оборудования и вспомогательных приспособлений должно подкреплять усилия физического терапевта, эрготерапевта или логопеда. Благодаря этим средствам повышается эффективность лечения, особенно если они применяются в домашних условиях, в детском саду, в школе, при выполнении любых активностей, необходимых в повседневной жизни. <...>

Семь принципиальных соображений об использовании вспомогательных приспособлений и специального оборудования

1) Специальное оборудование и вспомогательные приспособления необходимо использовать на любой стадии развития ребёнка и в любом возрасте:

– если мы можем предвидеть, что только терапевтического воздействия, например, нейроразвивающей терапии, основанной на концепции Бобат, будет недостаточно;

– если вследствие интенсивного воздействия, направленного на развитие недостающих или ограниченных двигательных функций ребёнка, у него может ухудшиться общее состояние. <...>

2) Специальное оборудование и вспомогательные приспособления должны давать тот объём помощи, который безусловно необходим.

Следование этому принципу предполагает, что через короткие промежутки времени необходимо проверять, требуется ли использование приспособления или оборудования в прежнем объёме или помощь уже можно уменьшить.

3) Каждый вид специального оборудования и вспомогательных приспособлений должен быть ограничен во времени использования, т.к. слишком долгое использование одного и того же приспособления может привести к ограничению двигательных функций ребёнка.

Убирая на короткое время приспособление или оборудование, можно проверить, может ли ребёнок хотя бы частично или недолго самостоятельно себя контролировать.

4) Любое специальное оборудование или вспомогательное приспособление не приобретается на многие годы, так как:

– его использование должно соответствовать изменениям какой-либо определённой функции, т.е. оно должно быть удобным в использовании и применяться в течение времени, необходимого для развития конкретной двигательной функции ребёнка;

– его стоит использовать, только пока оно совершенно необходимо для выполнения этой функции;

– оно должно соответствовать росту и уровню развития ребёнка.

5) Любые приспособления должны улучшать положения тела и движения ребёнка:

– возможности ребёнка должны расти, т. к. уменьшение количества патологических движений способствует увеличению самостоятельной активности ребёнка. Например, более правильное положение головы позволяет ребёнку следить взглядом за предметами, а это, прежде всего, даёт ребёнку возможность играть;

– специальное оборудование или вспомогательное приспособление не должно затруднять физиологическую активность ребёнка или препятствовать ей;

– оборудование (приспособление) должно быть подогнано таким образом, чтобы не вызывать у ребёнка возникновения ортопедических осложнений – сколиоза, вывиха бедра и т. п.

6) Любое специальное оборудование или вспомогательное приспособление должно по форме, цвету, внешнему виду соответствовать детскому и семейному быту:

– практичность и готовность приспособления к немедленному применению – решающий фактор при использовании в домашних условиях;

– эстетический аспект важен для принятия конкретного приспособления ребёнком и окружающими;

– рекомендация физическим терапевтом оборудования или какого-то приспособления должна основываться на физическом и социальном типе воздействия, которое это средство оказывает на детей и их родителей.

7) Специальное оборудование и вспомогательные приспособления должны быть подобраны индивидуально, обсуждены с семьёй и перед назначением опробованы. <...>

7. Использование метода совместно-разделённых действий в обучении самообслуживанию детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития

7.1 Методы обучения самообслуживанию в коррекционно-педагогической работе с детьми с ТМНР

Самообслуживание является одним из видов бытового труда. Способностью к самообслуживанию является «способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены» [143, с. 217].

К навыкам самообслуживания относят те, которые связаны с приёмами пищи и питья, с соблюдением санитарно-гигиенических правил (уход за собственным телом, умывание лица, чистка зубов, причёсывание, пользование туалетом), с одеванием и раздеванием, выполнением повседневных бытовых потребностей (уход за одеждой и обувью, уборка, стирка, приготовление еды), с использованием бытовыми приборами и приспособлениями и т. п. Практическую значимость овладения этими навыками нет необходимости доказывать.

Обучение детей с ТМНР простейшим навыкам самообслуживания становится одним из ведущих направлений коррекционно-педагогической работы, которое реализуется как родителями, так и в условиях специального учреждения образования (М.В. Жигорева, И.Ю. Левченко, Т.Л. Лещинская, О.В. Мамонько, И.Н. Миненкова, О.Г. Приходько, Л.М. Шипицына и др.). Целенаправленное обучение навыкам самообслуживания воспитанников и учащихся ЦКРОиР служит цели социальной адаптации ребёнка-инвалида.

В ходе коррекционно-педагогической работы, реализуемой согласованными усилиями разных специалистов, решаются такие общие задачи по формированию навыков самообслуживания, как например:

- развивать двигательную активность, формировать и совершенствовать доступные действия, необходимые для освоения навыков самообслуживания (отведение рук, поднимание и опускание конечностей, переключивание предмета, разные виды захвата и др.);
- развивать зрительно-моторную, пространственную координацию;
- учить правильно принимать пищу и напитки (жевать с закрытым ртом, не спеша пережевывать, проглатывать), учить подавать сигнал о чувстве голода, жажды;
- прививать умения пользоваться столовыми приборами, приучать к правильному поведению за столом, к выражению благодарности за приготовленную еду;
- обучать самостоятельному приготовлению несложных блюд, пользоваться некоторыми видами бытовой техники;
- формировать и развивать умения самостоятельно одеваться и раздеваться, обувать и снимать обувь;
- прививать навыки опрятности и ухода за собой (использование расчески, носового платка, умывание, чистка зубов, порядок в комнате, на рабочем месте и в игровой зоне), учить подавать сигналы о своих физических нуждах и др.

Анализ выполненных заданий и наблюдений за детьми с тяжёлыми нарушениями развития в процессе самообслуживания позволил выделить А.М. Царёву пять уровней развития навыков самообслуживания.

Первый уровень. Дети полностью зависят от посторонней помощи: не выполняют самостоятельно никакие действия, связанные с одеванием и раздеванием, при кормлении открывают рот и проглатывают пищу. Большинство детей не сигнализируют о потребности сходить в туалет и самостоятельно не сидят на унитазе. Во время умывания пассивны либо оказывают сопротивление.

Второй уровень. Дети в значительной степени нуждаются в посторонней помощи. При одевании и раздевании делают попытки помочь снять или надеть отдельные предметы одежды. Во время принятия

пищи делают отдельные попытки удерживать столовые приборы, кружку. Некоторые дети доступными им средствами выражают потребность в посещении туалета. Самостоятельно могут сидеть на унитазе, если их высаживают. Во время мытья рук, преимущественно, держат свои руки под струёй воды.

Третий уровень. Дети частично нуждаются в помощи взрослых при одевании и раздевании, могут самостоятельно одеть и снять с себя отдельные предметы одежды и обуви. Во время приёма пищи самостоятельно держат столовые приборы, частично пользуются ими, при этом нуждаются в помощи взрослого. Многие дети самостоятельно ходят в туалет, испражняются, но делают это неаккуратно (пачкают одежду, не пользуются туалетной бумагой). Выполняют самостоятельно отдельные операции мытья рук.

Четвёртый уровень. При одевании и раздевании, во время посещения туалета, умывания, при приёме пищи дети действуют в основном самостоятельно, но при этом нуждаются в напоминании во время отдельных операций: смывание воды в туалете, намыливание рук, вытирание полотенцем и др.

Пятый уровень. Дети полностью обслуживают себя и не нуждаются в посторонней помощи.

Различие в успешности освоения умений самообслуживания обусловлены спецификой нарушений развития: наличие или отсутствие в структуре дефекта выраженных нарушений функций опорно-двигательного аппарата, тяжёлых эмоционально-волевых нарушений. Например, навыки самообслуживания практически всех детей с выраженными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в сочетании с интеллектуальными и сенсорными нарушениями и большинства детей, имеющих в структуре множественного дефекта тяжёлые эмоционально-волевые нарушения, до обучения находились на первом и втором уровнях. После обучения самостоятельность их в самообслуживании достигла третьего уровня, а у части детей – четвёртого уровня. Отсутствие же выраженных нарушений опорно-двигательного аппарата и тяжёлых эмоционально-волевых нарушений у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития позволило ещё до обучения отнести более половины этих детей к третьему уровню, после обучения часть из них достигла пятого уровня.

У всех детей, принимавших участие в эксперименте, как отмечает А.М. Царёв, наблюдался рост самостоятельности в самообслуживании. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о положительной динамике в самостоятельности всех детей при условии учёта психофизических особенностей каждого ребёнка и целенаправленной поэтапной работы педагогов и родителей [146].

Освоение навыков самообслуживания связано с развитием предметных действий, которые, в свою очередь, формируются на разных занятиях, предусмотренных учебными планами и программами ЦКРОиР (предметы «Основы жизнедеятельности», «Изобразительная деятельность», «Предметно-практическая деятельность», физическая культура и др.).

Все используемые в коррекционной работе с детьми с ТМНР методы отличаются спецификой применения, учётом структуры, тяжести нарушений, конкретными ограничениями жизнедеятельности, образовательными потребностями ребёнка. В отношении каждого ребёнка строго индивидуально продумывается, что и в каком объёме, в какой последовательности, с какими требованиями, степенью самостоятельности будет с ним осваиваться. Форма занятий на первых порах предпочтительно индивидуальная.

В формировании устойчивых санитарно-гигиенических, хозяйственно-бытовых навыков широко используются такие методы и приёмы, как: *мотивация к действию, приучение, упражнения, игра, совместно-разделённые действия, моделирование ситуаций, обыгрывание навыка с персонажем, посылное участие в практических ситуациях, анализ наблюдаемых действий, детальный показ движений, выработка алгоритма действия с соблюдением одного и того же способа и одной и той же последовательности действий, многократное повторение действий в заданной последовательности, постепенный переход от показа к подробным, доступным для понимания, словесным объяснениям действий, беседа, воспитывающие ситуации, примеры из жизни ребёнка и его семьи, поощрение* и др.

Применение *информационных* методов (разъяснение, рассказ, беседа, визуализация) строго определяется возможностями восприятия и осознанием предлагаемой информации ребёнком, требует обязательного сочетания с практически-действенными методами. Детям с ТМНР для понимания происходящего принципиально важно не пассивное созерцание и словесное объяснение, а возможность в конкретных условиях на собственном опыте потрогать предмет, взаимодействовать с ним с применением всех органов чувств, манипулировать им, использовать в деятельности, т. е. важно *практическое участие* в выполнении данного действия.

Любое проявление активности замечается и поощряется. Особенность метода *поощрения*, прежде всего, в отношении детей с нарушением интеллекта, состоит в том, что на первых порах используется материальное вознаграждение (конфетка, игрушка) с постепенным переходом к его заменителю в виде символа (значок, «солнышко», картинка), а затем к словесному поощрению. Для многих детей значимы одобряющий взгляд взрослого, мягкий тембр голоса, ласковое прикосновение.

Специальные игры с детьми с ТМНР, для многих из которых свойственны недостаточность моторной сферы, должны быть направлены на совершенствование имеющихся двигательных навыков, функций кистей и пальцев рук, предметно-манипулятивной деятельности, захватов предмета, на отработку отдельных двигательных операций, тренировку координации, развитие проприоцептивных ощущений [27]; [74]; [78]; [91]; [114]; [115].

Для развития ребёнка необходимы также игры и упражнения, стимулирующие познавательную активность и мотивацию к доступному взаимодействию с обучающим.

При выработке санитарно-гигиенических навыков и навыков самообслуживания важно обращать внимание ребёнка на то, что приятно быть чистым и опрятным, соблюдая навыки гигиены и ухода за собой. Сопровождение происходящего речью, описание этапов навыка обогащает представления об окружающем ребёнке, расширяет словарный запас, стимулирует познавательное развитие, закрепляет последовательность действий, что особенно важно для детей с ТМНР.

Создание игровых и познавательных ситуаций, положительное эмоциональное общение способствуют формированию мотивации, стремления к действию, скорейшему достижению поставленной задачи. Этому служат и красочный наглядный, раздаточный материал, специальный инвентарь, предметы обихода, используемые для освоения навыков самообслуживания. На занятиях, проводимых в игровой форме, целесообразны музыкальное сопровождение, пение, логоритмические элементы, паузы для релаксации, что снимает мышечное и эмоциональное напряжение.

7.2 Реализация метода совместно-разделённых действий в обучении самообслуживанию детей с ТМНР

Характерная для ребёнка с ТМНР физическая ослабленность может сочетаться с психической истощаемостью, что проявляется вялостью, апатией, пассивностью или возбудимостью. Недостаточность интеллектуальной сферы ведёт к недоразвитию пространственного гнозиса, праксиса, нарушению функций счёта. Интеллектуальные нарушения отражаются на быстроте и координации движений, ориентации в пространстве.

Наличие подобных недостатков наряду с разнообразными двигательными нарушениями обуславливают качество освоения различных предметных действий, социально-бытовых и трудовых умений и навыков: наблюдается длительное освоение навыка, становятся необходимыми при его освоении многократные повторения действий

(Н.П. Вайзман, Т.В. Варенова, И.Ю. Левченко, А.Р. Маллер, А.А. Наумов, Б.И. Пинский, О.Г. Приходько). Это требует особого подхода к обучению социально-бытовым навыкам детей с тяжелыми и множественными нарушениями. Методологической основой такого обучения выступают учения о поэтапном формировании умственных действий у детей при нормальном развитии и у детей с особенностями психофизического развития (П.Я. Гальперин, Г.М. Дульнев, С.Л. Мирский) и о поэтапном овладении двигательными действиями (Ю.З. Носиков, В.В. Черняев, М.А. Шлемин, В.П. Шлыков).

Освоение навыков самообслуживания требует формирования умения последовательно выполнять группу целенаправленных движений, поэтому достаточное внимание уделяется развитию общей и мелкой моторики ребёнка с ТМНР на подготовительном и основном этапах коррекционной работы.

В отношении детей с ТМНР представляется важным разбиение процесса обучения на этапы, пошаговое обучение, соблюдение *принципа инверсии* (Б. Беккер, А. Брайтман). Разучиваемый навык целесообразно разбить на составляющие действия или этапы, постепенно прорабатывая каждые из них в сопровождении речью обучающего взрослого. Порядок работы по формированию социально-бытовых умений следующий:

- определение текущего уровня развития конкретного умения;
- определение ближайших шагов по формированию умения на определённом уровне помощи;
- отработка умения внутри каждого шага;
- использование системы поощрений и контроля;
- закрепление умения в повседневной жизни, в домашних условиях родителями [42]; [89]; [104]; [115].

Можно использовать иллюстрации, изображающие порядок деятельности, этапы формирования навыка в действиях. Ребёнку в случае затруднений может быть предложена опора на эти картинки, поскольку при ТМНР встречается нарушение программирования и контроля действий.

Начинают обучение с помощью совместных со взрослым действий – сопряженно, полусопряженно, затем постепенно переходят к выполнению действия ребёнком самостоятельно.

Суть *совместно-разделённой деятельности* заключается в том, что в начале обучения ребёнка инициатива действия и его технология принадлежат обучающему взрослому. Постепенно взрослый всё более подключает ребёнка к активному участию, предлагая ему выполнить доступную часть деятельности, отдельное движение с учётом интересов,

желания, возможностей ребёнка. Таким образом, инициатива и реализация действия переходит к ребёнку, преобразуя его в активного субъекта деятельности.

Метод совместно-разделённого действия был разработан и использован профессором И.А. Соколянским (1925) и его сотрудником и последователем профессором А.И. Мещеряковым (1974) при начальном обучении слепоглухих детей навыкам самообслуживания и приемлемого человеческого поведения. Так, в обучении слепоглухонемого ребёнка навыкам самообслуживания, ручного труда, необходимо соблюдение примерно такой последовательности:

- «показ» ребёнку действия на взрослом (брать руки ребёнка в свои и помогать нащупывать все движения и проследить процесс выполнения);
- выполнение действия взрослым на ребёнке с частичным его участием;
- выполнение совместно с ребёнком действия на нём самом с постепенным увеличением его самостоятельности и уменьшением степени помощи, количества помогающих движений;
- освоение ребёнком самостоятельного действия, навыка.

Исследователями И.А. Соколянским и А.И. Мещеряковым был выделен ряд условий, позволяющих обеспечивать усвоение детьми с множественными нарушениями общественно выработанные знания и умения:

- во-первых, практические действия с предметами (в том числе орудийные), без чего невозможно сформировать полноценный образ предмета;
- во-вторых, использование социальных способов действия с вещами, входящими в непосредственное окружение человека;
- в-третьих, направленность действий на удовлетворение потребностей ребенка.

При формировании различных умений у детей с ТМНР могут быть использованы следующие уровни помощи со стороны обучающего взрослого:

- совместное действие, осуществляемое «рука в руку» с ребёнком, сопровождаемое пошаговой инструкцией или комментарием действий;
- частичная помощь действием (последнее действие ребёнок осуществляет сам);

- педагог помогает начать действие, а продолжает и заканчивает ребёнок самостоятельно при контроле взрослого;
- ребёнок осуществляет действие сам от начала до конца, опираясь на пошаговую речевую инструкцию педагога;
- ребёнок осуществляет действие сам, если программа действия выведена на предметный уровень (например, при одевании на каждом стуле лежит по одному предмету одежды в нужном порядке);
- ребёнок осуществляет действие полностью самостоятельно [12; 96].

Таким образом, метод совместно-разделённого действия способствует формированию социально значимых умений и навыков у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями при целенаправленном уменьшении активности обучающего взрослого и постепенной передаче им своих функций ребёнку. Областью деятельности с использованием данного метода являются, прежде всего, самообслуживание и бытовой труд.

Формирование любой функции, навыка, любого представления и знания должно осуществляться поэтапно и постепенно, продуманно и осторожно обогащаясь и расширяясь. На занятиях постепенно сменяют друг друга этапы, где действия демонстрируются педагогом, осуществляются вместе с ребёнком, выполняются ребёнком по подражанию, а затем, по возможности, самостоятельно.

7.3 Адаптация среды при обучении детей с ТМНР самообслуживанию

Преобразование окружающей обстановки ребёнка с использованием различных средовых ресурсов является одним из условий решения проблем социальной адаптации детей с тяжёлыми нарушениями развития. Адаптированная в соответствии с нуждами и потребностями человека образовательная среда способствует тому, что нарушения развития будут проявляться минимально или их влияние на ограничения жизнедеятельности будет значительно снижено.

Группы средовых ресурсов определённым образом модифицируются с тем, чтобы помочь ребёнку приспособиться к имеющимся ограничениям жизнедеятельности. Это может быть укрупнение дидактического материала; использование компьютерных программ, букв-печатей, насадок и приспособлений для выполнения действий, освоения навыка; фиксация конечностей; размещение многочисленного предметного материала в специальные коробочки-секции; дозировка нагрузки, работа над отдельным заданием и отказ от большого списка заданий; свободный доступ к необходимым предметным и социально значимым объектам и т. д. При этом возможно использование специальной системы

ориентиров, знаков или символов, позволяющих легче ориентироваться, усвоить распорядок дня, смену видов деятельности, последовательность действий, событий через их отображение в виде картинок, символов, фотографий.

Освоения детьми с ТМНР навыков самообслуживания целесообразно добиваться как на специальных занятиях, так и во время режимных моментов. При необходимости используются вспомогательные средства и приспособления. Дидактические материалы, реальные предметы обихода и их имитирующие специально адаптируются к ограничениям ребёнка.

При обучении одеванию и раздеванию в случаях выраженных двигательных нарушений используется специально адаптированная в соответствии с возможностями конкретного ребёнка одежда. К примеру, если ребенок испытывает серьёзные трудности при застёгивании и расстёгивании одежды и обуви, то можно приобрести их (или самим снабдить) с текстильными застёжками («липучками»), использовать одежду на эластичных лентах, на «молниях». Это даст возможность ребёнку максимально самостоятельно одеваться и обуваться. Целесообразно оборудовать шкафчик с полочками для одежды и обуви, удобные для детей по высоте сиденья-банкетки или стулья, повесить карточки с изображением отдельных видов одежды, иллюстрированный план одевания и раздевания по сезонам года и др.

Для выполнения санитарно-гигиенических процедур детей обучают пользованию специальными держателями, насадками, рычажными кранами, автоматической подачей жидкого мыла и зубной пасты (например, держатель туалетной бумаги, унитаз с рычажным спуском воды, щётка на присосках, расчёска с удлинённой ручкой и др.). Зеркало располагают на высоте, соответствующей росту ребёнка. Чтобы обезопасить детей от случайных падений, оборудуют ограждение вертикальными и горизонтальными поручнями со стенной опорой, прикрепляют к боковой стене ручки, помогающие вставать и садиться, используют подставку под ноги для опоры, набор разных сидений для унитаза и др.

Во время обучения самостоятельному приёму пищи и питью могут использоваться специальная глубокая и с тяжёлым дном посуда, кружки с двумя ручками, с особым образом изогнутыми ручками, поильник, столовые приборы с удлиненными и утолщёнными ручками, различные подставки на присосках, фиксаторы, большие непромокаемые фартуки, соответствующий высоте стола стул и подставка под ноги (чтобы ребенок во время еды не болтал ногами, а имел опору), карточки с изображением отдельных видов еды и т. д.

Наиболее значимыми *условиями*, способствующими обучению навыкам самообслуживания детей с тяжёлыми нарушениями развития, называются:

- опора на индивидуальный подход, учитывающий интеллектуальные и двигательные особенности ребёнка с ТМНР;
- предварительная углубленная диагностика и учёт в коррекционной работе характера нарушений, опора на сохранённые и развивающиеся функции при выработке определённого навыка;
- выбор оптимальных способов обучения;
- предварительная работа, способствующая оптимизации овладения навыком (использование релаксации, массажа, формирование необходимых знаний, отработка отдельных движений, операций);
- обязательное закрепление навыка во всех жизненных ситуациях, особенно в домашних условиях под контролем компетентных родителей;
- использование вспомогательных средств и специальных приспособлений;
- специальная организация образовательного пространства;
- преемственность в коррекционной работе всех сотрудников специального учреждения образования;
- предъявление соответствующих возможностям и способностям ребёнка педагогических требований, регулирующих и контролирующих поведение;
- оказание необходимой помощи;
- поощрение достижений, любой попытки ребёнка к самостоятельному выполнению действия;

регулярность, систематичность, повторяемость упражнений и занятий [78]; [89]; [91]; [94]; [99]; [97]; [104]; [115].

Таким образом, обучение самообслуживанию детей с тяжёлыми нарушениями развития является важной составляющей процесса их социальной реабилитации. Сниженная способность к самостоятельному освоению навыков самообслуживания, как одно из ограничений жизнедеятельности данной категории детей, может быть компенсирована за счёт создания специальных условий в рамках учреждения образования и жилой среды ребёнка с ТМНР.

7.4 Основные особенности формирования умений самообслуживания у детей с ТМНР

Общей закономерностью, свойственной развитию детей с тяжёлыми и множественными нарушениями, является особая отягощённость условий раннего развития. Наличие не одного, а двух, а то и более первичных нарушений чрезвычайно обедняет контакт ребёнка с внешним миром, он

попадает в условия серьёзной депривации (сенсорной, материнской, культурной) и в сензитивный период становления и развития основных психических функций терпит значительный ущерб. Это ведет к недоразвитию как отдельных функций (предметные действия, формирование образов предметов, пространственная ориентировка и моторика, эмоционально-чувственный контакт со взрослыми и общение), так и к общей задержке психического развития. Могут быть нарушены эмоциональные, когнитивные, коммуникативные способности, средства самовыражения. Дети могут недостаточно четко воспринимать и осознавать себя, другого человека, предметы окружающего мира. Их интерес к какой-либо деятельности крайне неустойчив. Особенности в речевом развитии значительно затрудняют развитие коммуникативных умений детей, формирование понятий и представлений об окружающем.

Большинство детей рассматриваемой категории имеют ярко выраженные отклонения в физическом развитии. Они поздно начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Имеются значительные затруднения при сохранении равновесия, ползании, переключении движений, смене поз и действий. У многих детей затруднены тонкие, дифференцированные движения рук и пальцев: они с трудом учатся зашнуровывать ботинки, завязывать шнурки, застёгивать пуговицы, часто не соизмеряют усилия при действиях с предметами: либо роняют их, либо сильно сжимают. Движения рук неловкие, несогласованные, часто не выделяется ведущая рука. Дети иногда не в состоянии действовать двумя руками одновременно. Из-за нарушения зрительно-моторной координации промахиваются при попытке взять или поставить предмет, не могут зрительно проследить движения своей руки. В условиях вынужденного ограничения подвижности резко снижаются бытовые возможности, появляются компенсаторные движения, которые быстро становятся автоматическими: сосание пальцев, рассматривание своих рук, навязчивые движения руками, раскачивание тела из стороны в сторону, вперёд-назад и т. д. Названные особенности осложняют процесс становления умений самообслуживания. Положение усугубляется тем, что материальная и социальная среда часто остаётся мало приспособленной к ограничениям жизнедеятельности такого ребёнка.

По мнению ряда специалистов, существуют специфические трудности овладения социально-бытовыми умениями, связанные с наличием в структуре дефекта определённых нарушений.

Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм). Сложности обучения навыкам самообслуживания могут быть связаны с нарушением контакта, трудностью произвольного сосредоточения и наличием страхов. Овладение умением с трудом

переносится в другую ситуацию. Неудача может вызвать протест против повторной попытки неудавшегося действия. Поэтому очень важно создать ощущение успеха у ребёнка, включать обучение навыкам в привычные, любимые дела, использовать «зрительную организацию» дня в виде расписания, организовать пространство вокруг ребёнка, чтобы ему было ясно, где и каким делом он будет заниматься.

Дети с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. При работе с этой группой детей необходимо учитывать инертность психических процессов, большой латентный период между предъявляемой информацией и ответной реакцией ребёнка, часто выраженные двигательные проблемы. В связи с этим формирование навыков должно проводиться в медленном темпе, с большим количеством повторов одних и тех же действий. Важно правильно подобрать позу, например, для одевания, приёма пищи.

Обычно с детьми такой группы на протяжении большого временного отрезка навыки отрабатываются «рука в руку» с педагогом, с максимальным привлечением внимания к происходящему: педагог помогает ребёнку физически осуществить действие, направляет движения ребёнка и координирует их. Например, при обучении самостоятельно есть ложкой взрослый своей рукой обхватывает руку ребёнка и организует правильное движение. Постепенно физическая помощь уменьшается.

Дети с органическими поражениями центральной нервной системы, в том числе с гидроцефалией, с детским церебральным параличом, с эпилепсией и эписиндромом. Здесь большое внимание уделяется консультированию родителей, подбору адекватных технических средств реабилитации (коляски, вертикализаторы, специальные приспособления, посуда и т. д.), организации пространства, подбору позы, в которой двигательные возможности ребёнка будут реализованы наилучшим образом. Обучение проводится в очень медленном темпе, с паузами, дающими ребёнку возможность проявить собственную активность.

Дети с сенсорными нарушениями. При формировании социально-бытовых навыков необходимо учитывать имеющуюся сенсорную дефицитность. Например, при работе со слабовидящими детьми надо чётко структурировать пространство, использовать предметное расписание (ячейки с различными предметами-символами, обозначающими предстоящее занятие). При работе со слабослышащими детьми необходимо активнее задействовать зрительное восприятие, используя картинки, пиктограммы, предметы-символы, в зависимости от того, на каком уровне находится ребёнок.

Дети с церебральными параличами. При организации работы обязательным является раннее начало лечебно-педагогической работы, учёт развития двигательных функций конечностей в онтогенезе. Важно исключить возможность проявления патологических тонических рефлексов, поэтому во время занятий телу ребёнка придаётся симметричная устойчивая поза, фиксируется голова. Если ребёнок не в состоянии сам это сделать, то для фиксации используются валики, ремни, подушки, специальные приспособления. Подходящую устойчивую позу для конкретного ребёнка при освоении определённого действия или навыка необходимо подбирать на основе консультации с эрготерапевтом. Перед занятием с помощью массажа, специальных приёмов покачивания и потряхивания конечностей и других способов снимается мышечное напряжение.

Развитие общей и мелкой моторики является необходимым этапом работы специалистов и родителей не только в связи с решением задачи развития навыков самообслуживания, но и в связи с речевым, моторным, познавательным развитием ребёнка. Необходимо специально развивать двигательную активность, равновесие и координацию, формировать различные движения, нормализовать мышечный тонус ребёнка.

Основные проблемы, возникающие во время обучения навыкам самообслуживания детей с ТМНР, и возможные пути их решения отражены в таблице (таблица 7.1), составленной на основе анализа ряда литературных источников [39]; [44]; [46]; [48]; [101]; [115]; [126]; [133]; [134].

Таблица 7.1 – Некоторые проблемы в обучении навыкам самообслуживания детей с ТМНР и возможные пути преодоления

<i>Основные проблемы и трудности</i>	<i>Возможные пути преодоления трудностей</i>
<i>Низкая мотивация родителей, позиция полной опеки, сложившийся стереотип отношений. (Родителям проще все делать самим, и они не видят смысла в обучении навыкам самообслуживания; особенно это касается детей с серьезными нарушениями двигательной и познавательной сферы)</i>	<p>Постоянная обратная связь с родителями, обмен информацией о достижениях ребенка. Проведение совместных с родителями занятий, когда педагог отрабатывает с ребенком конкретный навык в присутствии родителей, а через несколько занятий место педагога занимает родитель.</p> <p>Обсуждение на родительских группах методов обучения детей с разными нарушениями развития навыкам самообслуживания. Совместный поиск различных приспособлений, помогающих успешному обучению навыку</p>

<p><i>Низкая мотивация ребенка</i></p>	<p>Создание мотива и его постоянное подкрепление: «Как только оденешься, пойдем на улицу пускать пузыри» или «Надевай сам куртку (брюки и т. д.) и пойдем пускать пузыри». Педагог ставит перед ребенком задачу и терпеливо ждет, когда ребенок будет ее решать, побуждая к действию словами и жестами</p>
<p><i>Поведенческие проблемы, связанные с нежеланием ребенка подчиняться общим правилам (пора уходить домой, все одеваются, а ребенок уходить не хочет, демонстрирует негативное поведение) или со сложившимся стереотипом поведения (у ребенка нет двигательных ограничений, но ложку в руки не берет, предпочитает, чтобы его по-прежнему кормила мама)</i></p>	<p>Построение четких границ:</p> <p>а) <i>пространственных</i> – в раздевалке одеваемся, а покричать можно в соседней комнате;</p> <p>б) <i>временных</i> – 15 мин. играешь, а потом идешь одеваться (если ребенку сложно уйти сразу, ему надо дать возможность постепенного перехода в другую ситуацию).</p> <p>Отработка навыков в другой ситуации, изменение стереотипа (обучение есть ложкой вне дома: походы в гости, выезд в лагерь). Это дает возможность ребенку наблюдать за тем, как едят другие дети, включается механизм подражания</p>
<p><i>Предъявление в семье к ребенку разных требований по вопросу обучения навыкам</i></p>	<p>Ознакомление всех членов семьи с тем, какой шаг отрабатывает сейчас ребенок, какой вид помощи ему необходим, какие действия ребенок уже может совершать самостоятельно (педагог консультирует родителей)</p>
<p><i>Трудности, связанные с нарушением двигательной сферы (проблемы удержания позы, координации, нарушений мелкой моторики и т. д.)</i></p>	<p>Педагог вместе со специалистом по двигательной терапии, с эрготерапевтом подбирает для ребенка правильную позу, консультирует родителей по поводу выбора необходимых ребенку средств технической реабилитации (вертикализаторы, коляски, наклонные доски), а также специальной посуды и приспособлений для туалета</p>

<p><i>У ребенка нет нарушений в двигательной сфере, но есть трудности, связанные с несформированностью схемы тела и особенностями межполушарного взаимодействия (частичное игнорирование полей зрения, не сформирована полностью схема тела, верхняя половина тела «изолирована» от нижней, не сформированы перекрестные движения). Например, ребенок не использует руки при надевании ботинок, не продевает ноги в брюки.</i></p>	<p>Специальные занятия, разработанные физическим терапевтом и нейропсихологом, направленные на формирование схемы тела, развитие зрительно-моторной координации, координированную работу рук и ног.</p> <p>Педагог занимается с ребенком и консультирует родителей. Занятия направлены на привлечение внимания к ногам или рукам, на взаимодействие рук и ног (сенсорная стимуляция ног и рук, перешагивание, пролезание в обруч ногами, стимуляция хватательной функции, дифференцированных движений руками)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Перед специалистами стоит задача организовать обучение в доступной, занимательной, адаптированной к возможностям ребёнка форме и с использованием непосредственно окружающих нас предметов и явлений. Ситуации из жизни и практики придают занятиям практическую направленность. Привлечение в коррекционную работу родителей под руководством специалистов помогает добиваться положительной динамики.

Таким образом, коррекционно-педагогическая работа ориентирована на достижение каждым ребёнком максимально возможного для него уровня социально-бытовой самостоятельности. Тенденция к самостоятельности может отслеживаться с помощью примерных показателей: полная независимость, самостоятельность при выполнении конкретного действия; частичная зависимость, ожидание помощи со стороны взрослого; полная беспомощность и дезадаптированность ребёнка, отказ от выполнения даже при наличии помощи.

Коррекционно-развивающая работа строится, прежде всего, не с учётом биологического возраста, а с учётом того, на каком этапе психоречевого и моторного развития находится ребёнок, и организуется в рамках ведущей деятельности, присущей данному этапу развития ребёнка.

Изученный опыт специалистов свидетельствует о наличии потенциальных возможностей детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития в формировании социально-бытовой компетенции, а также о принципиальной важности формирования навыков самообслуживания, как показателя достижения самостоятельности и независимого образа жизни, социальной адаптации.

Вопросы и задания:

1. Почему формирование социально-бытовых умений является одним из альтернативных путей развития деятельности ребёнка с тяжёлыми и множественными нарушениями?
2. Докажите необходимость включения в коррекционный процесс специально организованной работы по формированию навыков самообслуживания у ребёнка с тяжёлыми нарушениями развития.
3. Какие уровни развития навыков самообслуживания называются в исследовании А.М. Царёва?
4. Продумайте и обоснуйте последовательность формирования отдельных действий при освоении конкретной деятельности ребёнком с тяжёлыми нарушениями развития.
5. Изучите прилагаемый материал оригинальных текстов, другую специальную литературу и проанализируйте: порядок выполнения действий детей с ТМНР при освоении навыков самообслуживания; особенности формирования навыков самообслуживания у детей с ТМНР; трудности в освоении навыков, свойственные детям данной категории.
6. Составьте фрагмент коррекционного занятия по формированию навыков самообслуживания у детей с ТМНР, продумав последовательность и характер действий ребёнка и педагога-дефектолога (воспитателя).
7. Каким образом можно адаптировать образовательную среду при обучении детей с ТМНР самообслуживанию?

Тестовые задания:

1. *К навыкам самообслуживания относятся:*
 - а) чистка зубов, ориентировка в окружающем, двигательная активность, приём пищи и питья, стирка, приготовление еды, подстригание ногтей, пользование столовыми приборами;
 - б) уход за собственным телом, двигательная активность, умывание, чистка зубов, причёсывание, общение, приём пищи и питья, пользование застёжками для одежды, жевание и глотание;
 - в) уход за собственным телом, умывание лица, чистка зубов, причёсывание, пользование туалетом, пользование бытовыми приспособлениями, уборка.
2. *И.А. Соколянский, А.И. Мещеряков выделили условия, позволяющие обеспечивать усвоение детьми с ТМНР общественно выработанные знания и умения:*

а) практические действия с предметами; направленность действий на удовлетворение потребностей социума; направленность действий на удовлетворение потребностей ребёнка.

б) практические действия с предметами; использование социальных способов действия с вещами из непосредственного окружения человека; направленность действий на удовлетворение потребностей ребёнка.

в) практические действия с предметами; направленность действий на удовлетворение потребностей ребёнка; использование социальных способов действия с вещами из широкого окружения человека.

3. *Использование в обучении детей с ТМНР метода совместно-разделённого действия предполагает следующую последовательность:*

а) «показ» ребёнку действия на взрослом; выполнение действия взрослым на ребёнке с частичным его участием; выполнение совместно с ребёнком действия на нём самом с постепенным увеличением его самостоятельности и уменьшением степени помощи; освоение ребёнком самостоятельного действия, навыка.

б) выполнение действия взрослым на ребёнке с частичным его участием; «показ» ребёнку действия на взрослом; выполнение совместно с ребёнком действия на нём самом с постепенным увеличением его самостоятельности и уменьшением степени помощи; освоение ребёнком самостоятельного действия, навыка.

в) выполнение действия взрослым на ребёнке с частичным его участием; выполнение совместно с ребёнком действия на нём самом с постепенным увеличением его самостоятельности и уменьшением степени помощи; «показ» ребёнку действия на взрослом; освоение ребёнком самостоятельного действия, навыка.

4. *Для совместно-разделённой деятельности характерно:*

а) ребёнок становится постепенно субъектом деятельности, в начале обучения инициатива действия и его технология принадлежат ребёнку;

б) в начале обучения инициатива действия и его технология принадлежат взрослому, ребёнок становится постепенно субъектом деятельности;

в) в начале обучения инициатива действия и его технология принадлежат взрослому, ребёнок становится постепенно объектом деятельности.

5. *Условия оптимизации обучения самообслуживанию детей с ТМНР:*

а) опора на индивидуальный подход, выбор оптимальных способов обучения, поощрение достижений ребёнка, развитие эмоциональных реакций, регулярность, систематичность, повторяемость упражнений, расширение словаря ребёнка, развитие и коррекция слухового восприятия, использование вспомогательных средств и специальных приспособлений, преемственность в коррекционной работе всех сотрудников;

б) опора на индивидуальный подход, выбор оптимальных способов обучения, регулярность, систематичность, повторяемость упражнений, предъявление соответствующих возможностям и способностям ребёнка педагогических требований, поощрение достижений ребёнка, преемственность в коррекционной работе всех сотрудников, использование вспомогательных средств и специальных приспособлений;

в) поощрение достижений ребёнка, опора на индивидуальный подход, развитие эмоциональных реакций, преемственность в коррекционной работе всех сотрудников, использование вспомогательных средств и специальных приспособлений, предъявление соответствующих возможностям и способностям ребёнка педагогических требований.

Оригинальные тексты

Басилова, Т.А. О Соколянском и его методах обучения глухих и слепоглухих детей, так интересовавших Выготского / Т.А. Басилова // Культурно-историческая психология [Электронный ресурс]. – 2006. – № 3. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/kip/2006/n3/Basilova.shtml>. – Дата доступа: 18.02.2013.

<...> После налаживания первого контакта с ребёнком его начинали постепенно приучать к режиму дня и навыкам самообслуживания. Сущность первоначального обучения слепоглухих детей И.А. Соколянский видел в формировании у них непосредственных и предельно точных отношений с материальной средой, в непосредственном овладении этой средой, в победе над пространством (самостоятельное передвижение) и ориентировке во времени.

Методику работы с ребёнком на первых этапах обучения И.А. Соколянский называл методикой «прямой установки». В зависимости от индивидуального уровня развития ребёнка особым образом выстраивались взаимодействие и взаимоположение ребёнка и взрослого. Педагог становился сзади ребёнка, руки ребёнка накладывались ладонями на тыльную поверхность кистей рук взрослого. В таком положении взрослый действовал с предметами, а ребёнок пассивно сопровождал его действия движениями своих рук. Ребёнок на этом этапе мог быть пассивен по отношению к предмету, но должен быть активен в отношении движения рук взрослого.

На следующем этапе активность обучаемого направлялась на то, что именно делал взрослый. Ребёнок начинал ощупывать руки взрослого и прикасаться к предмету, с которым тот действует. Предмет, как писал И.А. Соколянский, «рассматривался одновременно взрослым и ребёнком», или «совместно», как говорим мы теперь.

На третьем этапе положение рук менялось: руки взрослого перемещались сверху рук ребёнка. Сначала ребенок продолжал придерживать руками взрослого,

но постепенно руки взрослого как бы ослабевали, становились более пассивными, а руки ребёнка все более активизировались. И наконец, пальцы взрослого «сползали с рук ребёнка», но взрослый продолжал стоять и двигаться рядом, чтобы помочь, подхватить и направить действия ребёнка.

Всё бытовое поведение слепоглухого ребёнка, связанное с удовлетворением биологических потребностей (еда, сон, сохранение тепла, потребность в движениях), организовывалось как система, состоящая из «основных навыков», связанных между собой в цепочку «целевых звеньев», включающих в себя основные элементы поведения в режиме дня. Конечный элемент звена направлен на начало нового звена действий, организован с целью начать новое действие. Например, нужно выполнить все акты туалета (встать с кровати, одеться, обуться, умыться, убрать постель), чтобы пойти завтракать. Целью конечных звеньев цепочки, составляющей основной навык туалета по утрам, является подготовка к приёму пищи; цепочка навыков, связанная с приёмом пищи, заканчивается подготовкой к прогулке с подвижными играми и т. д. Приобретая основные навыки поведения, ребёнок осваивает помещение, в котором он находится, учится действовать с необходимыми предметами быта.

По мере получения основных навыков формировались и первые средства общения слепоглухого ребёнка – жесты. Обслуживая органические потребности ребёнка и понимая его выразительные движения, свидетельствующие о его желании есть, пить и т. д., взрослый тем или иным приёмом удовлетворяет эти потребности. Приёмы, используемые при этом, почти всегда стереотипны. В силу их повторения ребёнок неизбежно вычленяет постоянные компоненты воздействия и в дальнейшем выражает свои потребности условно, т. е. теми жестами, которые первоначально формировались произвольно. <...>

Затем в этих уже знакомых помещениях к основным навыкам, организованным в ряд цепочек действий, добавляются и так называемые специальные навыки. Их отличие от основных заключается в меньшей зависимости от биологических потребностей ребёнка. Такими специальными навыками И.А. Соколянский называл уборку помещения. Порядок действий при формировании «специальных навыков» также строго определялся, заранее описывался и объединялся в цепочки действий. <...>

<...> Однако, добиваясь самостоятельного, целенаправленного и осмысленного бытового поведения слепоглухонемых, И.А. Соколянский обнаружил необычайную косность сформированных цепочек поведения у некоторых воспитанников. Он понял, что нельзя все навыки выстраивать как идеальные. Необходимо было специально организовывать «препятствия» к достижению цели и учить детей самостоятельно находить выход. Пытаясь решить эту задачу, педагоги встретились с большими трудностями по преодолению пассивности некоторых слепоглухонемых детей и даже отказу от малейшей самостоятельности в действиях, вечному ожиданию подсказки и стимуляции со стороны взрослого. Чтобы преодолеть эту пассивность, И.А. Соколянский пробовал использовать настольные игры-соревнования. С этой целью были специально созданы очень простые игры, приспособленные для двух слепых детей по типу лото и домино, или игры-соревнования в быстроте надевания шаров с отверстиями на вертикальный стержень. Такие игры позволили повысить самостоятельную активность детей, научить их внимательно наблюдать за действиями друг друга и следовать игровым правилам. <...>

Мещеряков, А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения / А.И. Мещеряков. – М.: Педагогика, 1974. – 327 с.

Слепоглухонемые воспитанники, страдающие тяжёлой умственной отсталостью

<...> Иван Д. В анамнезе у мальчика заболевание туберкулезным менингитом на третьем году жизни, тяжелая умственная отсталость, двигательные нарушения, эпилептические припадки, слепота, глухонмота. В детский дом для слепоглухонемых поступил в десятилетнем возрасте из детского инвалидного дома. При поступлении мальчик не умел ходить, не пользовался горшком, не имел никаких навыков самообслуживания. Твердую пищу не ел, хлеб ему крошили и размачивали в супе или в чае, мясо и колбасу для него пропускали через мясорубку. Ложку в руках держать и пользоваться ею не умел. Когда его одевали и раздевали, никакой активности не проявлял. Во всех движениях у мальчика была скованность и напряженность. Было трудно согнуть и разогнуть его руки, ноги, туловище. Он как бы боялся сделать лишнее движение и при попытках воспитателя сделать что-либо его руками весь напрягался и замирал. Обычные движения были для него слишком резки. С ним необходимо было все делать в замедленном темпе. Движениям в замедленном темпе он сопротивлялся меньше.

Строго придерживаясь режима, мальчика приучали пользоваться горшком, при одевании и раздевании воспитательница держала руки ребенка в своих и действовала ими, совершая нужные движения, во время еды мальчику в руку вкладывалась ложка и пища подносилась ко рту его рукой, которую крепко держала рука воспитательницы.

Используя режимные моменты, мальчика систематически приучали ходить, все меньше и меньше поддерживая его. Когда его водили в умывальную или игровую комнату, то за одну руку его вели, другой его рукой касались стены. На несколько секунд, а потом и минут его оставляли одного, сразу же касаясь его, как только он выражал страх. Периодически с ним занимались двигательными упражнениями: разводили и сводили его руки, сгибали и разгибали туловище, заставляли, держа за руки, немного подпрыгивать, искать уроненные на пол предметы. Его руками ощупывали все предметы в комнатах, в коридоре и во время прогулки.

Постепенно у мальчика начала развиваться активность: если сначала при кормлении ложка подносилась ко рту рукой ребенка, которую крепко держала рука воспитательницы, то вскоре надо было только направлять его руку и немного придерживать – движения мальчика были не координированы, иногда он с размаху заносил ложку с пищей за спину. Постепенно Иван научился правильно координировать свои движения и подносить ложку ко рту. Однако зачерпывание ложкой пищи в тарелке еще долго оставалось для него недоступным.

К концу учебного года Иван уже мог ходить по комнате, касаясь руками мебели. Когда его одевали, подставлял руки и ноги. Однако одевание ему давалось труднее, чем раздевание. Воспитательница сначала снимала с него чулки, держа его руки в своих с начала до конца действия, потом она стала снимать чулки с мальчика лишь до половины, а оканчивал действие он самостоятельно. Вскоре достаточно было его руками лишь дотронуться до чулок или тапочек, как ребенок сам начинал снимать их. В первое время для того, чтобы снять с мальчика рубашку, надо было по очереди вытаскивать из рукавов сначала одну, потом другую руку, при этом он не проявлял никакой активности; потом он стал сам поднимать руки, и, наконец, стало достаточным приподнять ему край рубашки, как он самостоятельно стаскивал рукава и снимал рубашку через голову. Так начало действия воспитателя при снятии чулок и рубашки стало для Ивана сигналом к тому, чтобы он продолжил начатое действие. <...>

<...> тяжело умственно отсталых воспитанников с нарушениями зрения, слуха и речи оказалось возможным обучить лишь отдельным навыкам самообслуживания

и некоторых из них – отдельным трудовым операциям. Те и другие двигательные операции у них образовались в результате длительной тренировки и представляли собой косные, инертные навыки, совершаемые по внешнему толчку. Выработанные навыки самообслуживания и акты поведения у них не объединялись в целостное целесообразное поведение, осуществляемое самостоятельно.

Приведенные данные находят свое объяснение в результатах ранее проведенных нами исследований особенностей высшей нервной деятельности умственно отсталых детей... вырабатываемые у олигофренов связи не образуют сложных элективных систем, нервные процессы у них инертны, эта инертность выражалась в застревании двигательного стереотипа, не регулируемого анализом конкретных раздражителей, предъявляемые сигналы не анализировались ими, а являлись лишь пусковыми стимулами готового стереотипа реакций. <...>

Ван Дайк Ян. Обучение и воспитание слепоглухих как особой категории аномальных детей / Ян Ван Дайк [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://comlib.ru/4/393/index9.html>. – Дата доступа: 31.01.13.

Совместные действия

<...> Воспитатель берет ребенка за руку, похлопывает рукой по его груди, затем по своей груди, как бы говоря: «Ты и я, мы вместе будем выполнять определенное действие». Затем воспитатель делает соответствующее движение, например: «Ты и я будем вместе барабанить» или «Ты и я вместе прокатимся с горки». Воспитатель находится рядом с ребенком и вместе с ним выполняет соответствующие действия. Известно, что набор движений у слепоглухих детей весьма ограничен. Часто они не могут качаться, кувыркаться, ползать или перекатываться. Благодаря совместным действиям, которые воспитатель должен подчас прямо-таки моделировать, у ребенка появляется более широкий двигательный репертуар. Проявляя совместную активность, воспитатель и ребенок вместе режут хлеб, воспитатель помогает ребенку поднести стакан ко рту или надеть носки. Совместные действия дают ребенку чувство уверенности и уменьшают количество фрустраций. <...>

<...> В английской литературе этот метод известен как Хандз метод, так как воспитатель кладет свои руки на руки ребенка и управляет его движениями. Как и всегда в воспитании, здесь речь также идет о том, чтобы помогать ребенку в той мере, в какой это ему необходимо. Следует особо подчеркнуть, что задача воспитателя заключается в том, чтобы «убрать руки от ребенка». Это очень тонкий процесс, в основе которого лежит доверие ребенка к своему воспитателю. Следующим важным этапом на этом уровне является выполнение имитационных упражнений. Преобладающее значение приобретают теперь не совместные движения, а действия, выполняемые по следующей схеме: «сначала двигаешься ты, а затем – я», «сначала ты съешь кусочек, затем – я». Здесь еще очень много связи с предыдущими упражнениями, но уже появляется некоторая «дистанция». О настоящей имитации можно говорить только в том случае, если ребенок может наблюдать какое-то определенное действие (это может осуществляться с помощью зрения или осязания), может освоить его в целом, а затем это действие повторить. Еще важнее научить ребенка меняться ролями. В этот момент он переживает существенный элемент беседы, заключающийся в «попеременной смене роли». <...>

Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития: Программно-методические материалы; под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 181 с.

Примерное содержание работы по развитию культурно-гигиенических умений

Приём пищи

- Обучение пользованию ложкой, вилок (с учетом индивидуальных возможностей).
- Дифференциация пищи (узнавание, называние), порядок и последовательность приема пищи.
- Пользование чашкой для питья (двумя руками или одной).
- Пользование соломинкой для питья (при ограничении движений рук, пальцев).
- Опрятность приема пищи, пользование салфеткой.
- Умение выражать благодарность после приема пищи (знаком, движением, речью).

Гигиенические умения

- Последовательность утренних и вечерних гигиенических процедур: туалет, мытье рук, мытье ног и т. д.
- Пользование туалетными принадлежностями: бумага, жидкое (твердое) мыло, паста, салфетка, губка, полотенце, расческа (щетка), зеркало.
- Правила хранения туалетных принадлежностей.
- Умение обозначить необходимость помощи (жестом, словом, знаком) в физиологических потребностях.
- Пользование носовым платком (салфеткой).
- Выражение благодарности за оказываемые виды помощи.

Одежда и внешний вид

- Распознавание одежды по их функциональному использованию на примерах схемы тела.
- Порядок, последовательность одевания.
- Порядок, последовательность раздевания.
- Знание места хранения разных видов одежды.
- Навыки обращения с пуговицами, шнурками и др.
- Выбор одежды по погоде, по сезону.
- Оказание помощи сверстнику в одевании (раздевании).
- Умение контролировать опрятность своего внешнего вида с помощью зеркала, инструкций педагога. <...>

Наумов, А.А. Педагогические условия формирования социально-бытовых навыков у детей со спастическими формами ДЦП [Электронный ресурс]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / А.А. Наумов. – М.: РГБ, 2005.

Методика формирования пальцевого кистевого захвата

<...> Формирование захвата является важным этапом обучения любому навыку. Захваты крупных предметов, таких как ложки, кружки, края рукавов, одежды, различных вспомогательных приспособлений, формируются при помощи мешочков размером 5 x 10 см, заполненных наполовину песком (мешочки изготовлены по методике А.Л. Сиротюк, 2001), в зависимости от навыка, которому будет обучаться ребенок.

Педагог выбирает порцию мешочка. Если ребенок будет обучаться захвату ложки, то ему необходимо захватывать мешок посередине, причем часть мешочка, которую ребенок держит в руке, имитирует рукоятку ложки, причем такую, которую ребенок может держать в руке. Если ребенок будет обучаться захвату одежды, столь необходимому при одевании, то ему следует учиться захватывать мешок за край ткани, чтобы весь песок, имеющийся в мешке, пересыпался в противоположный край.

Для обучения захвату кружки или ручки у кружки мешочек ставят на ребро, причем при обучении захвату ручки у кружки необходимо, чтобы песок был только в одном краю мешочка, второй край мешочка должен быть пуст. Для обучения захвату ручки у кружки ребенок должен учиться захватывать пустой край мешочка. Чтобы научить ребенка обхватывать чашку или стакан, необходимо, чтобы песок, имеющийся в мешочке, был посередине мешочка. Края мешочка (пустые) должны как бы обматывать середину, ребенок должен обхватить обеими руками мешочек.

Технология обучения захвату. Педагог располагает мешочек в зависимости от того, какому навыку собирается обучать ребенка. Затем берет руки ребенка в свою руку и устанавливает руку и пальцы ребенка в форме нужного захвата. Ребенок удерживает такое положение руки до 2 мин., если пальцы ребенка начинают разгибаться, педагог их придерживает. После этого ребенка просят медленно разогнуть руку. Это способствует укреплению мышечной памяти. После этого ребенок должен произвести захват мешочка самостоятельно. Если у ребенка не получается, то педагог помогает ему, устанавливая каждый палец, при этом стимулирует ребенка к совместному, а затем и к самостоятельному действию. <...>

Обучению питью из кружки

<...> Занятия начинаются с подготовительных упражнений:

- Донесение рук до рта.
- Ребенок доносит руки до рта, показывает, где у него находится рот.
- Донесение до рта мешочка с песком.

Если ребенку тяжело удержать мешочек с песком, то можно использовать сначала другие более удобные предметы, а затем переходить к мешочкам. В ходе подготовительных упражнений с мешочком можно определить, какой вид кружки наиболее приемлем для ребенка (с одной ручкой, с двумя ручками, без ручек). Ребенку предлагают взять мешочек с песком, стоящий на ребре, одной рукой за наиболее пустой край мешочка, донести его до рта. Затем ребенку предлагают взять мешочек за наиболее пустой край другой рукой и донести его до рта. После этого перед ребенком кладется мешочек на ребро так, чтобы песок в мешочке был посередине его, а края мешочка были бы пустые. Ребенку предлагают взять мешочек двумя руками и донести его до рта, затем мешочек кладут перед ребенком опять на ребро так, чтобы песок, который в мешочке, был посередине его, а края мешочка были пустые. Края мешочка обматывают вокруг середины и предлагают ребенку обхватить мешочек руками и донести его до рта.

Расстояние, с которого ребенок должен брать мешочек и доносить его до рта, подбирают следующим образом. Сначала мешочек держат перед лицом ребенка, затем расстояние постепенно увеличивают, причем стараются дотянуть до уровня стола, за которым сидит ребенок дома. Этот уровень определяется при диагностике. Потом ребенку дают пустую кружку, тип которой определен при диагностике. Здесь возможны следующие варианты: обыкновенная кружка, адаптивная кружка с двумя

ручками по бокам, адаптивная кружка с поильником. Все зависит от степени работы кистей ребенка, его умения удерживать кружку и проглатывать жидкость. Если это кружка с ручками, то ее ручки должны быть по размеру таковы, чтобы в них входили 3–4 пальца ребенка. Он должен ознакомиться с кружкой. Затем предлагают донести кружку до рта. Следует отметить, что перед упражнением ребенка нужно правильно посадить. <...>

<...> Сначала ребенок дотягивается до рта рукой, затем ему в руки дают мешочек с песком, а затем пустую кружку, которые ребенок должен брать со стола и доносить до рта.

После этого переходят к обучению питью из кружки. Цель этого упражнения – научить ребенка брать со стола кружку с грузом, равным по весу жидкости, которую обычно наливают в кружку для него, доносить ее до рта и удерживать ее там, наклонив на оба края на 45°, до 0,5–1 мин., затем аккуратно ставить ее обратно на стол. Роль груза в чашке выполняет сыпучий материал. Ребенок должен донести кружку до рта, коснуться краем кружки губ, удержать ее там до 1 мин. и аккуратно поставить на место. Если у ребенка это не получается или у ребенка олигофрения тяжелой степени и он не может выполнить навык из-за того, что не понимает его цели, то проводят обучение по принципу инверсии (Б. Беккер, А. Брайтман, 1998).

1. Ребенку предлагают взять кружку в руки, затем педагог берет руки ребенка в свои руки и приподнимает вместе с ребенком кружку со стола, доводит ее до рта ребенка и наклоняет на 45°, затем педагог отпускает руки ребенка и стремится, чтобы ребенок удержал кружку у рта до 1 мин., потом берет руки ребенка в свои руки и ставит вместе с ним кружку на стол. Потом ребенка следует научить самого наклонять кружку. Если ребенок освоил это упражнение, то переходят к следующему.

2. Ребенок с педагогом проделывает то же, что освоил в шаге 1, только педагог отпускает руки ребенка, когда чашка вот-вот должна будет оказаться на столе, и ребенок должен будет сам поставить кружку на стол. Если освоен шаг 2, переходят к следующему шагу.

3. Ребенок с педагогом проделывают все, как в предыдущих шагах, только педагог отпускает руки ребенка, когда до стола осталась одна треть расстояния. Когда ребенок это освоил, педагог при этом упражнении отпускает руки ребенка, когда до стола осталась половина расстояния, а затем педагог отпускает руки ребенка, когда до стола осталось две трети расстояния.

4. Ребенок берет в руки кружку, стоящую на столе, педагог берет руки ребенка в свои руки, доносят кружку до рта, педагог отпускает руки ребенка, а ребенок должен удержать кружку до 1 мин., а затем ставит кружку на стол самостоятельно.

5. Ребенок вместе с педагогом берут кружку со стола, а затем педагог отпускает руки ребенка. Когда до рта ребенка осталась одна треть расстояния, когда ребенок освоит это, педагог отпускает руки ребенка, когда до рта ребенка осталась половина расстояния, а затем отпускает, когда до рта ребенка осталось две трети расстояния.

6. Ребенок берет со стола кружку, доносит ее до рта, удерживает там до 1 мин., а затем аккуратно ставит на стол.

Если у ребенка диагностированы двигательные и интеллектуальные нарушения, то выбирается метод как при двигательных нарушениях, а обучается ребенок по принципу инверсии, т.е. навык разбивается на несколько мелких операций (шагов). <...>

8. Дидактические материалы для проведения коррекционно-педагогической работы по социальной адаптации детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития

Коррекционно-развивающие игры, упражнения, фрагменты занятий (игротека). Наиболее приемлемым, доступным и естественным видом деятельности ребёнка является игра. В процессе игровой деятельности происходит положительное эмоциональное взаимодействие ребёнка с окружающим предметным и социальным миром, активно осваиваются необходимые для развития и социальной адаптации жизненно важные социально-бытовые компетенции, приемлемое социальное поведение.

Важно включать в игровые тематические занятия особые приёмы, стимулирующие двигательное, познавательное, речевое развитие, формирующие пространственно-временные представления и представления ребёнка о себе и своём теле, коммуникативное поведение, создающие ситуацию успеха и стимулирующие активность.

Применяются моделирование и тренинги жизненных ситуаций, воспитательные ситуации, элементы игр-драматизаций с использованием знаков и символов, графических изображений различных социальных отношений.

Для установления эмоционального контакта, сотрудничества со взрослым, налаживания отношений с окружающими могут быть использованы самые разнообразные и простые игровые действия. Игровые действия и упражнения ребёнок выполняет в соответствии с индивидуальными возможностями, самостоятельно или с помощью.

Используется широкий диапазон развивающих игрушек, дидактических материалов и оборудования (куклы, игры, картинки, реальные безопасные предметы домашнего обихода, многие другие материальные объекты, предметы-заместители). Важно, чтобы при отборе игрового материала учитывались требования, предъявляемые к предметным средовым ресурсам: безопасность, прочность и надёжность, красочность, соответствие возрасту, многоаспектность использования, развивающий характер и т. д.

В современной литературе представлено достаточно развивающего игрового материала, который, однако, часто приходится адаптировать, исходя из индивидуальных особенностей детей с ТМНР. В каждом конкретном случае сопровождающий ребёнка взрослый отбирает материал для занятий, руководствуясь возможностями ребёнка, поставленными задачами индивидуальной коррекционно-развивающей программы.

Ниже приведены примеры игр, которые могут использоваться для социальной адаптации детей с ТМНР. Большинство игр и упражнений отобраны из ниже указанных литературных источников и адаптированы для детей с тяжёлыми и множественными нарушениями. Распределение содержания предлагаемой игротеки по группам условное, поскольку одни и те же игровые задания могут нести в себе несколько развивающих и обучающих задач.

Социальное взаимодействие

«Улыбка в ответ»

Цель: развивать навыки адаптивного поведения, стимулируя ответную улыбку ребёнка.

Оборудование: не требуется.

Процедура и использование в повседневной жизни. Первая улыбка ребёнка является реакцией в большей мере на внутренние переживания (например, «чувство удовлетворения»), чем на социальные события. Ваша улыбка, адресованная ребёнку, и ваша реакция на его улыбку рождает социальное взаимодействие.

Чем бы вы ни занимались с ребёнком, очень важно как можно чаще говорить с ним и улыбаться ему. Постарайтесь сохранять контакт «глаза в глаза» и обеспечьте физический контакт (держите ребёнка на руках, поглаживайте его).

Когда улыбка появится, заметьте, что вы сделали, что вызвало эту улыбку, и обязательно ответьте на неё. Сделайте её более отчетливой для ребёнка, изменив тон голоса, обнимая его при этом или слегка подкидывая и т. д.

Понаблюдайте, улыбается ли ребёнок, когда смотрит или слушает вас или кого-то другого, прежде чем применить тактильную стимуляцию или взять его на руки. Ответ улыбкой на улыбку другого человека почти всегда означает развитие навыков адаптивного поведения. Старайтесь, чтобы ребёнок улыбался при взаимодействии с вами в течение дня.

«Улыбка знакомому человеку»

Цель: стимулировать избирательную ответную улыбку ребёнка знакомому человеку.

Оборудование: не требуется.

Навыки избирательной улыбки в ответ знакомому человеку довольно трудно привить, однако они являются очень важным признаком прогресса в развитии. Поэтому важно создать такие условия, чтобы с ребёнком постоянно и регулярно взаимодействовали несколько значимых для него взрослых, укрепляя его социальные контакты.

Также очень важно, чтобы у ребёнка была возможность встречаться с незнакомыми людьми (например, в магазине), где это возможно.

Суть этого умения в том, чтобы ребёнок улыбался знакомым людям и не улыбался незнакомым. Или когда ребенок улыбается, должны быть заметны чёткие различия в манере улыбаться посторонним и знакомым (например, часто ребёнок может улыбаться в равной мере и тем и другим, но улыбке незнакомцу предшествует долгая пауза, во время которой ребёнок как бы «изучает» человека, тогда как улыбка знакомому человеку возникает более спонтанно).

В повседневной жизни необходимо использовать для развития этой способности естественные случайные ситуации (например, когда родители возвращаются после того, как ребёнок оставался с няней, бабушкой). Родителям (воспитателям) следует показывать, что они рады снова видеть ребёнка после разлуки. Несколько минут после тихого часа или периода разлуки можно поиграть с ребёнком в игру «Привет! Как дела?».

Адаптация процедуры: при работе с ребёнком с нарушениями зрения важно, чтобы он взаимодействовал с большим количеством тактильных раздражителей (например, поглаживание, объятие), помимо того, что взрослый говорит с ним, для увеличения числа ассоциаций с данным человеком. Критерием обучения является то, что ребёнок улыбается знакомому человеку иначе, чем незнакомому.

Элементарные игровые действия

Эти простые игры могут быть наиболее доступны ребёнку с тяжелыми нарушениями психофизического развития. Они способствуют установлению эмоционального контакта с ребёнком, поднимают настроение, развивают тонкую моторику, в том числе дифференцированные движения пальцев рук, способствуют речевому развитию. Широко известны многие игры-потешки: «Сорока-ворона»; «Ладушки»; «Коза рогатая» и др. В случае, когда движения затруднены для ребёнка, взрослый может придерживать отдельные пальцы, а другим придавать пассивно нужное положение.

«Кулачки и ладошки» (может выполняться под музыку):

Есть у любого два кулачка.

Хлопнул один по другому слегка:

Хлоп-хлоп (4 раза).

Ну, а ладошки не отстают,

Следом за ними весело бьют:

Хлоп-хлоп (4 раза).

*Кулачки быстрее бьют,
До чего стараются:
Хлоп-хлоп (4 раза).
А ладошки тут как тут,
Так и рассыпаются:
Хлоп-хлоп (4 раза).
Кулачки давай сердиться,
Громко хлопать стали:
Хлоп да хлоп (4 раза).
А ладошки-баловницы
Тожже не отстали:
Хлоп да хлоп (4 раза).*

«Жмурки с голосом»

Водящий, не видя игроков, должен определить по голосу их местоположение. Если организуется игра с передвижением, когда водящий должен схватить другого игрока, то ему нужно и отгадать, кого он поймал.

«Голоса животных»

Водящий (взрослый) подаёт голос, имитируя животного, а ребёнок его угадывает и наоборот.

«Да и нет»

Цель: расширение словарного запаса, развитие умения отвечать на короткие вопросы словами «да» и «нет».

Оборудование: две коробки, пять–восемь предметов домашнего обихода, которые хорошо знакомы ребёнку (например, ботинок, чашка, мяч, ложка, мыло).

Расположитесь напротив ребёнка и в центре поставьте две коробки. Покажите поочередно все предметы и положите их в коробку. При этом объясните, из каких частей состоит задание. Возьмите один предмет из коробки и покажите его ребёнку. Когда ребёнок на него посмотрит, спросите: «Это ботинок?». Сначала отвечает взрослый, давая образец действий, а затем побуждает повторение. Скажите: «Нет, это не ботинок». Положите предмет в другую коробку, чтобы ребёнок понял, что с этим предметом работа закончена. Поступите так же с другими предметами, пока все они не окажутся в другой коробке. Сначала ребёнок может отвечать лишь «Да», «Нет» или просто кивать головой. Если ребёнку доступно, можно просить отвечать предложением: «Да, это чашка». Начните с небольшого количества предметов, постепенно добавляя другие, если концентрация внимания ребёнка улучшится.

Использовать ответы «Да», «Нет» необходимо и в повседневной жизни, задавая вопросы в разных ситуациях: «Ты хотел бы покачаться на качелях?», «Ты Дима?», «Ты хочешь яблоко?», «Это мой ботинок?» (когда вы держите у своей ноги ботинок ребенка). Начинать целесообразно с вопросов, на которые ребенок точно может ответить.

Рекомендуется выдерживать паузу после вопроса и выжидательно смотреть на ребёнка. Если ребёнок не отвечает, продемонстрируйте ожидаемый ответ. Например, кивайте головой и скажите: «Да, ты хочешь яблоко» или покачайте головой и скажите: «Нет, это не мой ботинок, это твой ботинок». Если ребёнок еще не умеет говорить «да» и «нет», помогите ему кивнуть или покачать головой.

Надо поправлять ребёнка, если он явно ошибся. Однако, если ребёнок дал неожиданный ответ на вопрос «Ты хочешь?», не надо его поправлять. Действовать следует в соответствии с ответом. Например, ребёнок ответил «нет» на вопрос «Ты хочешь яблоко?» (сказал или покачал головой). Скажите: «Нет? Тогда я сама съем это яблоко». Если ребёнок огорчится, скажите: «Ты, наверно, ошибся. Ты сказал нет (покачайте головой), а хотел сказать да (кивните головой)». Важно, чтобы ребёнок понял, что его ответам верят и действуют так, как он сказал.

Примечание: дети часто учатся отвечать «нет» раньше, чем говорить «да» и могут на каждый вопрос говорить «нет». Будьте последовательны и действуйте согласно тому, что ребёнок сказал, а не тому, что, по вашему мнению, он думал. Это лучший способ помочь ребёнку эффективно общаться.

«Надо и не надо»

Цель: учить пониманию обращённой речи и выполнять задание по просьбе.

Оборудование: обычная обстановка дома или в группе.

Использовать упражнение можно в повседневной жизни. В течение дня привлекайте ребёнка для помощи. Просите его протянуть взрослому ту или другую вещь, принести что-то из другой части комнаты или из соседней комнаты. Для лучшего понимания в качестве помощи можно в момент просьбы повернуться и указать пальцем на то, что надо принести. Если ребёнок возьмет не то, скажите: «Нет, мне надо...». Если нужно, следует подойти к этому предмету и сказать: «Вот это... Принеси мне его». Помогайте ребёнку добиваться успеха. Всегда выражайте свое удовольствие, хвалите ребенка, называя хорошим помощником.

Адаптация процедуры: для детей с нарушениями зрения целесообразно держать предметы на постоянных местах в окружающей ребёнка обстановке. Необходимо предоставить ребёнку свободу исследовать окружающую обстановку. Наклейте кусочки разного на ощупь

материала на ящики, шкафы и полки, чтобы ребёнок мог различить их как на ощупь, так и по местоположению. Это поможет ему выполнить просьбу и принести нужный предмет. Для детей с нарушениями слуха важно сопровождать словесные просьбы знаками. При церебральном параличе, когда передвижение серьёзно ограничено, такое упражнение не подойдет. Вместе с тем, нужно работать над идентификацией предметов. Ребенку можно передать опыт выполнения просьбы принести вещи кому-то, перемещая его к нужному предмету, помогая удерживать его и доставлять тому, кто этот предмет попросил.

«Игра с куклой» (используется двигательная имитация)

Цели: стимулирование социальной способности взаимодействия; формирование интереса к игре с предметами.

Оборудование: кукла, щётка для волос, кисточка.

Возьмите куклу (наденьте куклу на руку) и поиграйте ею с ребёнком. Пощекочите его, заговорите с ним измененным голосом, будто это говорит кукла. Побудите ребёнка ответить Вам таким же образом. Попытайтесь сделать так, чтобы ребёнок смотрел на лицо куклы, а не на Вас. Когда он начнет понимать смысл игры, дайте ему другую куклу и покажите, как её можно использовать. Научите играть ребёнка своей куклой с Вашей. Например, кукла взрослого пощекочет куклу ребёнка, после чего его кукла на это отреагирует. Следите за тем, чтобы он щекотал Вашу куклу, а не Вас. Сначала занятия должны быть краткими, их удлиняют по мере понимания смысла игры. Важно добиваться последовательного выполнения трёх-четырёх действий с игрушкой.

Варианты усложнения игры: «Покормим куклу Дашу», «Покатаем игрушки на машинке», «День рождения», «Гости» и др.

Полезно использовать в работе *изображение (имитацию) действий* взрослых различных социальных ролей (мама, папа, педагог, врач, водитель, парикмахер, продавец и т. д.). Эти игровые действия готовят ребёнка к участию в групповой ролевой игре, формируют внимание и наблюдательность.

«Телефон звонит»

Цели: улучшение социальной способности взаимодействия; формирование умения самостоятельно отвечать на телефонный звонок.

Оборудование: игрушечный телефон.

Обучайте ребёнка умению отвечать на звонок игрушечного телефона перед тем, как позволить ему ответить на настоящий телефонный звонок. Сначала научите ребёнка поднимать трубку и говорить: «Алло!». При этом целесообразно наклеить рисунки уха и рта на соответствующие части трубки, чтобы ребенок быстрее понял, как держать трубку. Далее следует

научить его говорить: «Одну минутку!» или «Подождите» и звать к телефону того, кого спрашивают. Обучайте ребенка этому, приглашая к телефону каждого члена семьи.

После овладения этим действием начинают учить правильно обращаться с настоящим телефоном. Можно попросить родственника или знакомого позвонить в определенное время, чтобы ребёнок мог ответить. Оговорите, что должен сказать звонящий, чтобы не запутать ребёнка. После многократных повторений, вселения уверенности в ребёнка, можно попросить звонящего разнообразить поручения, чтобы обучить реагированию на множество различных ситуаций. Когда ребёнок будет уверенно себя чувствовать при приеме любого звонка, пусть подходит к телефону, когда хочет, но следует быть поблизости на случай, если он не справится.

«Поделимся»

Это упражнение может использоваться в повседневной жизни и во многих режимных моментах.

Цель: формирование умений налаживать взаимодействие и оречевлять свои действия.

Оборудование: любые игрушки или предметы, с которыми ребёнок любит играть (телефон, посуда, молоток, щетка, предметы, с которыми удобнее играть вдвоем).

Когда дети играют вдвоем, передача друг другу игрушек является естественным элементом игры. Например, игры «Подготовка к обеду», «Приготовим обед», «Накроем на стол», «За столом» интереснее для ребёнка, если включают других участников. Дети постоянно передают друг другу посуду, игрушечную пищу и т. д. Они воспроизводят то, что обычно происходит дома за обедом и при его приготовлении.

Дети пытаются «говорить» в такой игре, передавая, например, тарелку соседу и забирая её у него. Такие «слова» могут ещё не называть предмет или действия, т.е. действия сопровождаются звуками. Но эти «слова» – удобный материал для замены на нормальные слова. Взрослому можно помочь детям оречевить свои действия, принимая участие в этой игре и говоря ребёнку: «Ты хотел сказать «спасибо», так?» или «Ты хотел сказать: дай еще супу, да?» и т. д.

Адаптация процедуры: если дети с серьезными двигательными нарушениями не могут самостоятельно проявить желание поделиться, то следует приспособить ситуацию к возможностям ребёнка. Например, можно специально задать вопрос: «Ты хочешь поделиться соком с Машей?» Похвалите ребёнка за любое проявление согласия в ответ на вопрос, разделите еду или напиток между детьми, попросите другого ребёнка поблагодарить того, кто поделился.

«Передача сообщения»

Цели: улучшение речевых навыков, развитие слуховой памяти, развитие социальных способностей взаимодействия.

Оборудование: отсутствует.

Ребёнку необходимо запомнить краткое сообщение, состоящее из 4–6 слов, и передать его другому человеку.

Сядьте с ребёнком в одной комнате и попросите кого-нибудь задержаться в другой. Подведите ребёнка к двери соседней комнаты, чтобы он видел, кто там находится. Необходимо иметь что-нибудь для поощрения. Прежде чем начнется упражнение, обсудите с Вашим помощником ряд сообщений, которые должен будет передать ребёнок, чтобы проверить, правильно ли он это сделает. Затем дайте краткое поручение и попросите передать его другому человеку. Скажите, например: «Таня, скажи папе, чтобы он вставал!». Если поручение сразу не выполняется, повторите поручение. Если ребёнок подойдет к Вашему помощнику, но сообщение не передаст, этот человек должен помочь вопросом: «Что сказала мама (педагог)?». При необходимости ребёнку помогают вопросом: «Встать?». За правильное выполнение задания нужно похвалить и дать похожее поручение для закрепления умения. Постепенно поручения должны становиться труднее. Взрослый должен постоянно следить, чтобы поручения были понятны и доступны ребёнку.

«Поводырь»

Это парная игра, в которой одному ребёнку завязывают глаза, а другой должен безопасно провести его через комнату, группу. Дети меняются ролями. Игра способствует развитию чувства доверия друг к другу, ответственности за другого.

«Паровозик»

Все участники цепляются друг за друга, образуя «вагончики» и «едут», меняя направление.

В эти игры включаются дети, которые в состоянии сами передвигаться или с помощью. Взрослый внимательно следит за проходом детей.

«Комплимент»

Дети располагаются рядом и по очереди говорят что-нибудь приятное, хорошее о другом ребёнке.

Взрослый может помочь, обратить внимание на какое-либо качество, характеризующее конкретного ребёнка. Дети учатся выражать благодарность за услышанные в свой адрес добрые слова, внимательнее относиться к тем, кто рядом. Такая игра повышает самооценку ребёнка.

«Горячо–холодно»

В комнате прячется небольшой предмет втайне от одного из детей. Затем этот ребёнок должен найти его, следуя указаниям: «горячо» – предмет совсем близко, «тепло» – ребёнок приближается к нему, «холодно» – отдаляется.

Игра способствует как налаживанию взаимодействия, так и ориентировке в пространстве.

«Зеркало»

Один участник, глядя на другого, пытается как можно точнее повторить его действия. Эта парная игра может организовываться между ребёнком и взрослым или между детьми. Она способствует развитию внимания, наблюдательности, умению увидеть себя со стороны.

«Магазин»

Организуется «продажа» разных игрушек, мелких вещей. Магазин может быть продуктовым или продовольственным. В роли покупателя и продавца может вначале выступить взрослый, давая образец поведения и реплик. Затем эти роли обыгрывают дети. Обращается внимание на вежливые взаимоотношения между игроками.

Обыгрывание (показ) примера ожидаемого от ребёнка приемлемого **социального поведения**. Можно предложить ситуации: «Поздравление с Днем рождения», «В группе заплакал или расстроился ребёнок», «Старушка несет тяжелую сумку с продуктами», «Ты хочешь поиграть с игрушкой другого ребенка» и др. Такой вид деятельности способствует также закреплению названий предметов, учит коммуникативному поведению.

К ситуациям на тему вежливости можно подобрать соответствующие стихи. Необходимость такого речевого сопровождения определяется взрослым.

*«Маша знала слов немало,
Но одно из них пропало,
И оно-то, как на грех,
Говорится чаще всех.
Это слово ходит следом
За подарком, за обедом,
Это слово говорят.
Если вас благодарят».*

*«Добрые слова не лень
Повторять мне трижды в день.
Только выйду за ворота,
Всем идущим на работу,
Кузнецу, ткачу, врачу,
«С добрым утром!» – я кричу.
«Добрый день!» – кричу я вслед
Всем идущим на обед.
«Добрый вечер» – так встречаю
Всех домой спешащих к чаю».*

Можно также обыграть **мини-сценки** с героями сказок, произведений, которые ведут себя «хорошо, правильно».

Предложить детям под чтение какого-либо стихотворения *изобразить* движения, мимику его героев.

Организовать *угадывание* по пантомимике любимых героев произведений.

Для развития навыков социальных контактов при проведении групповых занятий используются *упражнения на сочетание движения и музыки*. Дети держатся за руки и выполняют ритмичные движения в музыкальном сопровождении (для тех, кто умеет самостоятельно передвигаться, это известные «Змейка», «Хоровод», «Ручеёк» и т. п.).

В процессе общения могут использоваться самые разные **проблемные ситуации**, создающие возможность ребёнку для самостоятельного выбора действия, поведения, решения.

Можно обсудить ситуации: «Мальчик опоздал на занятие», «Витя взял без разрешения чужую вещь», «Света не может найти нужный отдел в магазине», «Света хочет помириться с Галей», «У Маши есть конфеты, а у Насти их нет» и др.

Игры со сверстниками способствуют налаживанию взаимоотношений наиболее оптимально. В них дети учатся: слушать и слышать другого, быть внимательными, доброжелательными друг к другу, помогать в случае трудностей, быть активными участниками и инициаторами контактов и др.

Формирование навыков самообслуживания

В коррекционной работе с детьми достаточно широко используются *игры* пальчиковые, игры с песком, с водой, с прищепками, с цветными скрепками, с природным материалом, с крупой и т. п.; *занимательное рисование* (с красками, когда используется вся ладонь, пальчики,

выдувание цветного раствора через трубочку и т. п.); лепка из теста, воскового пластилина, пластика, глины. Названные виды деятельности развивают мелкую моторику рук, подготавливают ребёнка к овладению бытовыми действиями и умениями, формируют правильный захват (ладонью, щепотью, «пинцетный»), готовят к овладению графомоторными навыками. Способствуют речевому развитию, повышают работоспособность, стимулируют появление новых нервных связей между отделами коры головного мозга. Пробуждают интерес к окружающему миру, упорядочивают представления об окружающем, развивают наблюдательность. Повышают настроение, дают положительный эмоциональный заряд и др.

Игровые действия, обучающие конкретному навыку
«Переложить в тарелку»

Ребёнку предлагается переложить из полной тарелки в пустую любые мелкие предметы, которые легко зачерпнуть ложкой: фасоль, горох, мелкие шарики, бусины и т. п. Такого рода игровые действия развивают и совершенствуют сгибательные и разгибательные движения кисти, подготавливают к самостоятельному пользованию ложкой и столовыми приборами.

Следует внимательно следить за безопасностью ребёнка, за тем, чтобы мелкие твердые предметы не оказались случайно у него во рту. При необходимости можно использовать специальные насадки на столовые приборы и тарелки с отделениями, прорезиненную салфетку, на которой не скользит посуда и т. д.

«Золушка»

В миске смешиваются два вида крупы, бобов (например, фасоль белая и цветная или горох и фасоль) или природные материалы (каштаны, жёлуди, сосновые шишки). Ребёнку предлагается рассортировать разные виды материалов в две миски. При двигательных затруднениях взрослый вначале может действовать с ребёнком сопряженно, постепенно готовя его к самостоятельным действиям.

Упражнение «Помоги раздеться (одеться)»

Цель: привлечь ребёнка к активному участию в процессе одевания и раздевания.

Оборудование: детская одежда, которая свободно и легко надевается и снимается.

В режимных моментах, когда ребёнка одевают, называйте части его тела, дотрагиваясь до них. Побуждайте ребёнка двигать называемыми

частями тела (рукой, ногой). Во время одевания или раздевания просите его помогать вам просовывать руку или ногу в одежду или наоборот вытаскивать: «Просунь ножку сюда!», «Протаскивай ручку!». Обыграйте момент, когда надеваете или снимаете одежду через голову ребёнка, чтобы добиться его помощи (игра «Ку-ку!»).

Чтобы процесс одевания не был неприятен, тем более, если это происходит в спешке или рубашка с трудом надевается через голову, следует рассказывать ребёнку о том, что происходит. Выделяйте достаточно времени на одевание и попытайтесь привлечь ребёнка к участию в процессе. Сделайте эти повседневные упражнения занимательными, обыграйте их.

Адаптация процедуры: во время одевания и раздевания детей с нарушениями зрения обязательно говорите обо всем, что вы делаете, будьте осторожны в своих действиях с одеждой. Ребёнка может напугать, если что-то натягивать ему на голову или на руку, когда он этого не видит и не ожидает. Для детей с двигательными нарушениями, если наблюдается мышечное напряжение, обучающие режимные моменты важно предварять упражнениями на расслабление.

Упражнение «Снимем шапку (ботинки)»

Цель: привлечь ребёнка к активному участию в процессе снятия головного убора (обуви).

Оборудование: ботинки со шнурками, шапочка с завязками, зеркало.

В режимных моментах в условиях специального учреждения и дома, когда ребёнка раздевают, следует рассказывать ему, что происходит. Например, когда развязываете детские ботинки, скажите: «А сейчас давай развяжем шнурки и снимем ботинки!». Необходимо, чтобы ребёнок мог наблюдать процесс развязывания шнурков, снятия его обуви. Развязывая завязки шапочки, расположите ребёнка перед зеркалом для наблюдения. Легко возьмите его руки в свои и руководите движениями, чтобы он потянул за кончики завязок или шнурков и смог развязать их.

Адаптация процедуры: если ребёнок с двигательными нарушениями не может хватать, можно привязать к концам веревочек или шнурков маленькие пластиковые колечки, помпоны и т. д. Некоторым детям помогут застежки-липучки.

«Шнурочки»

Ребёнку предлагается развязать шнурки на ботинках куклы. Игровое задание можно сопроводить стихами:

Как у нашей крошки

На ногах сапожки,

В сапожках – шнурочки.

Кто поможет дочке развязать шнурочки?

Если ребёнок легко справляется, то важно учить обувать обувь. Широко используются при освоении навыков самообслуживания специально изготовленные модели или реальные предметы: обувь, одежда, посуда, гигиенические принадлежности и т. д. Игровые действия необходимо закреплять в реальной жизни на себе, на ровесниках в группе.

Упражнение «Молния»

Цель: привлекать ребёнка к активному участию в процессе расстёгивания молнии.

Оборудование: адаптированная для лучшего захвата ребёнком молния на его одежде.

Упражнение отрабатывается в повседневной жизни. Важно приспособить застёжку-молнию таким образом, чтобы ребёнок был в состоянии её захватить (приделать к маленькому замочку на молнии колечко, шнурочек, петельку, укрупнённый брелок). Покажите ребёнку, как расстегивается его кофточка. Застегните молнию снова и попросите ребенка расстегнуть её. Если не получается ухватить замочек на молнии, помогите ему, вложив его в руку ребёнка. Если же ребёнок удерживает захваченный замок, но не может расстегнуть молнию, помогите ему начать движение. Физическую помощь оказывают только в том случае и настолько, когда и насколько она необходима. Постепенно надо обучать ребёнка выполнять движения по возможности самостоятельно. Можно для отработки навыка играть в «Переодевание», «Спектакль», «Примерку в магазине», позволять во время игры переодеваться в старую одежду старших сестёр и братьев, родителей.

Адаптация процедуры: в случае выраженных двигательных нарушений подбирается самая свободная для одевания одежда. Можно заменить молнию на одежде застёжкой-липучкой, но привлекать ребёнка к самостоятельному участию в процессе одевания. Обучая детей с нарушениями зрения, следует привлекать их внимание к ощупыванию предметов, подсказывать, если он оделся неверно. Например, если ботинок надет не на ту ногу, то надо взять ножку ребёнка в свои руки, сказать, что следует переобуться («Ножка «чувствует себя лучше» в нужном ботинке»), подсказать, на какую ногу надевать каждый ботинок, помочь обуться.

«Трудные застёжки»

Ребёнку предлагается набор застёжек: разного размера молнии, на пуговицах, кнопках, на липучках. Можно использовать реальные предметы одежды или макеты (из картона, дерева, плотной ткани). Если ребёнку недоступно самостоятельное выполнение действия, его выполняют сопряжённо.

Упражнение «Почистим зубы»

Цель: формирование навыков личной гигиены в ходе самостоятельной чистки зубов.

Оборудование: мягкая зубная щётка, адаптированная при необходимости к доступному захвату, детская паста.

Надо встать с ребёнком перед зеркалом, чтобы он мог видеть, как Вы чистите зубы. Следите, чтобы ребёнок больше смотрел на Ваше отражение в зеркале, а не на Вас. Дайте ему подержать щётку, пока выдавливаете на неё пасту. Встаньте за ребёнком и медленно поднесите щётку ко рту. Говорите с ребёнком спокойно и одобряюще. Другой рукой откройте ему рот и помогите медленно поводить щёткой вдоль зубов. Постепенно снижайте контроль за рукой ребёнка, если видите, что он подражает Вашим движениям.

Вначале можно взять немного пасты на палец и помассировать им дёсны, чтобы сделать их менее восприимчивыми и приучить ребёнка ко вкусу зубной пасты. Следите, чтобы щётка была мягкой и чтобы ребёнок «чистил» зубы осторожно, не прикусывал щётку. Сначала ребёнок проделывает одно или два движения, но постепенно длительность чистки зубов возрастает.

Упражнение «Моем руки»

Цель: прививать навыки самостоятельного мытья и вытирания рук.

Оборудование: мыло, вода, подставка, поручни для удобного нахождения ребёнка у раковины.

Упражнение используют в повседневной жизни, во время режимных моментов в учреждении. Предлагайте ребёнку мыть руки перед едой, после возвращения с прогулки и в другие моменты. Демонстрируйте, как вы моете руки и одновременно можно предложить ребёнку сунуть ручки в воду, чтобы помыть их, предложив кусочек мыла. Чтобы мотивировать ребёнка к мытью, можно намеренно запачкать его руки краской для рисования или едой, приурочить процедуру к естественно возникшей ситуации. Объясните, что необходимо смыть краску, и обратите внимание ребёнка, как окрашивается вода от краски, от нечистых рук. Если ребёнок сможет, пусть сам открывает кран. После мытья следует обязательное вытирание полотенцем с помощью или самостоятельно.

Адаптация процедуры: детей с нарушениями зрения надо направить к воде. Помогите осознать необходимость помыть руки, дав ребёнку поиграть с чем-нибудь липким (с красками или сладким). Для детей с двигательными нарушениями следует продумать удобное положение, фиксацию при необходимости, чтобы выполнить упражнение. Можно поднести воду к ребёнку, чтобы ему не пришлось стоять перед раковиной, использовать маленький ковшик с небольшим количеством воды или влажную губку.

Упражнение «*Мытьё головы*»

Цели: формирование интереса к процессу ухода за волосами, обучение соблюдению последовательности действий.

Педагог:

– Ребята, посмотрите на куклу Дашу. Давайте её вымоем. Даша, где же ты так вымазалась?

Педагог сажает куклу в таз с водой.

– Давайте расскажем и покажем Даше, как моют голову.

– Что нам надо взять для мытья волос? (Педагог предлагает детям выбрать из ряда предметы, необходимые для мытья головы).

– Покажите, как откручиваем крышечку шампуня. (Каждый из детей упражняется в откручивании (открывании) шампуня).

– Понюхайте, как вкусно пахнет шампунь. (Дети нюхают пустые флакончики из-под шампуня).

– Покажите, как мы наливаем шампунь в ладошку, намыливаем голову и смываем шампунь водой. (Дети выполняют действия совместно со взрослым либо по его инструкции).

– Даша теперь чистая. Надо её вытереть. Чем будем вытирать Дашу? (Дети подают полотенце и помогают вытереть куклу).

– Что надо сделать, чтобы привести волосы в порядок? Надо расчесать волосы. Чем будем расчёсываться? Покажите, как вы расчёсываете волосы. Кто поможет расчесать куклу Дашу?

«*Предметы гигиены*»

Цели: развитие навыков опрятности, обучение соблюдению логической последовательности действий.

Педагог:

– Чем будем мыть руки? (Дети показывают мыло).

– Это мыло. Понюхайте, как мыло вкусно пахнет. (Педагог предлагает каждому почувствовать аромат мыла).

– Для чего нам надо мыло? (Чтобы мыть руки, чтобы руки были чистыми).

– Куда кладем мыло? (Дети показывают и (или) называют мыльницу).

– Покажите, как берём мыло из мыльницы, как намыливаем руки, кладем мыло обратно в мыльницу. (Дети имитируют либо выполняют реальное действие).

– Мы мыли руки. Они мокрые. Что нам надо взять? (Дети показывают (называют) и берут свое полотенце).

– Покажите, как вытираем руки полотенцем. Руки будут чистые, сухие. Положим (повесим) полотенце на место.

– Когда надо мыть руки? Повторим вместе стихотворение:

Нужно мыться непременно утром, вечером и днем.

Перед каждою едою, после сна и перед сном.

Игра «Четвертый лишний»

Эта известная игра используется в разнообразных коррекционно-развивающих целях, как правило, она преследует развитие познавательных процессов, закрепление представлений по определённой теме. Для закрепления представлений ребёнка о санитарно-гигиенических принадлежностях можно предложить выбрать, разложив перед ним мыло, мочалку, полотенце, щётку: «Что мы возьмем с собой в ванну для купания (для того, чтобы почистить зубы (зубную щетку, пасту, стакан с водой для полоскания, мыло); для того, чтобы сделать красивую модную причёску (расческа, зеркало, заколка или обруч для волос, бутылка с шампунем) и т.д.)?».

Обучение уходу за собственным телом, самообслуживанию можно сопровождать рассказом, например, о пользе воды, мыла, зубной пасты для тела и организма человека, сопровождать процесс умывания понятными стихами, несложными загадками-описаниями:

*Водичка, водичка, умой (имя ребенка) личико,
Чтобы глазки блестели, чтобы щечки краснели,
Чтобы смеялся роток и кусался зубок.*

*Ай лады, лады, лады,
Не боимся мы воды!
Чистая водичка умоет наше личико, вымоет ладошки,
Намочит нос немножко.
Ай лады, лады, лады,
Не боимся мы воды!
Чисто умываемся,
Маме улыбаемся!*

Во время режимных моментов используют прибаутки:

*Мы наденем сапожки
На маленькие ножки,
Мы наденем курточку
Нашему крошке.
Мы наденем шапочку,
Шарфик на шейку
И пойдём на улицу,
Где солнышко светит!*

Упражнение «Пьём из чашки»

Цель: обучение питью из чашки при самостоятельном поднесении её ко рту двумя руками.

Оборудование: большая пластмассовая чашка, приспособленная для ребёнка, его любимый напиток.

Если ребёнок может сам пить из чашки, которую держит взрослый, но самостоятельно еще её не удерживает, важно обучать его данному умению. Постепенно вводятся новые образцы движения, чтобы ребёнок мог их понять и освоить. Медленно переходят от одного учебного шага к другому после точного овладения предыдущим.

1-й шаг: встаньте за ребёнком, возьмите чашку и поднесите к его рту;

2-й шаг: встаньте за ребёнком, подведите его руку к чашке, охватите её своей рукой и таким образом поднимите чашку вместе с ним;

3-й шаг: действуйте, как во 2-м шаге, но положите свою руку на тыльную сторону его руки, чтобы подстраховать его захват;

4-й шаг: расслабьте захват своей руки, чтобы придать ребёнку уверенность, но продолжайте держать чашку;

5-й шаг: сократите свою помощь вплоть до легкого касания руки ребёнка, чтобы напомнить, что он должен делать.

Упражнение «Едим сами»

Цель: поднесение ложки ко рту и самостоятельная еда из ложки.

Оборудование: ложка, тарелка, разнообразная еда, которую можно легко зачерпнуть.

Во время принятия пищи поставьте тарелку с кашей перед ребёнком, зачерпните кашу ложкой и помогите ребёнку взять ложку в руку. Скажите ребёнку, чтобы он ел. Если ребёнок не может поднести ложку ко рту, помогите ему, осторожно приподняв его локоть своей рукой. При необходимости более серьезной помощи, встаньте (или сядьте) за спиной ребёнка, положите свою руку под рукой ребёнка и осторожно возьмите его сверху за запястье. Удобнее всего и поддерживать его руку, и управлять её движением.

Вначале помогайте ребёнку доносить ложку до самого рта. Потом помогайте только началу движения, а далее ребёнок пусть продолжит сам. Постепенно помощь со стороны уменьшается. Начинать обучение самостоятельной еде лучше всего с любимой пищи, которую ребёнок будет поглощать с желанием. Пища должна быть достаточно густой, чтобы не проливалась из-за неловких движений ребёнка. Важно поощрять попытки детей самим взять ложку, когда их кормят. Если ребёнок действительно устал самостоятельно работать ложкой, тогда можно докормить его.

Адаптация процедуры: детям с нарушениями зрения разрешите ощупывать еду одной рукой и держать ложку в другой. Можно использовать специальную тарелку, края которой помогают зачерпнуть её содержимое. Для детей с двигательными нарушениями рекомендуется

использовать подложку (тонкую резиновую клеенку) под тарелку, чтобы она не двигалась. Необходимо использовать специально приспособленную ложку с учётом двигательных нарушений, сформированного захвата, а также тарелку с загнутыми краями.

Упражнение «Помощник»

Цель: привлечение ребёнка к выполнению посильных бытовых заданий.

Во время выполнения обычной домашней работы родителям важно приучать ребёнка к оказанию помощи членам семьи. Предварительно надо продумать, какие бытовые дела могут быть доступны ребёнку в выполнении. Например, во время уборки стола после еды пусть ребёнок вытрет стол там, где он сидел. Разрешите ребёнку вымыть пару тарелок; самому бросить свое грязное бельё в стиральную машину. Дайте ребёнку тряпку, чтобы он вытирал пыль.

Адаптация процедуры: важно направлять физически каждый шаг ребёнка с нарушениями зрения даже при выполнении им простых задач. Обязательно описывайте словами всё, что вы делаете. Детям с двигательными нарушениями подбираются задачи, которые соответствуют их двигательным возможностям. Если у ребёнка серьёзные двигательные нарушения, пусть он «помогает» вам, делая выбор вида той или иной работы.

Упражнение «Накроем на стол»

Цель: формирование у ребёнка потребности быть полезным и умения выполнять ежедневные дела по домашнему хозяйству (правильно разлаживать приборы на столе).

Оборудование: столовые приборы, тарелки.

Предлагается начать обучение с раскладывания на столе одного вида столовых приборов. Взрослый сам накрывает стол, но не кладёт ложки. Поднимите ложку и скажите: «Смотри, Леша, ложка!». Дайте ему в руку необходимое количество ложек. Обойдите с ребёнком стол и покажите ему каждое место, где нет ложки, со словами: «Положи сюда ложку!». Если ребёнок не понимает, что делать, необходимо помочь ему положить ложку на нужное место. Продолжайте, пока все ложки не будут лежать на столе. Каждый раз, когда ребёнок кладет ложку на нужное место, хвалите его.

После достаточного закрепления такого умения взрослый сводит инструкцию к минимуму: «Положи ложку!», не указывая на место, где должна лежать ложка. Затем переходят к освоению раскладывания ножей и вилок. Если ребёнок может положить другие приборы к уже лежащим на столе, научите его раскладывать два прибора одновременно.

Упражнение «Съедобное и несъедобное»

Цель: формирование умения самостоятельного различения съедобных и несъедобных предметов.

Оборудование: некоторые продукты питания и несъедобные предметы (конфеты, кубики, крупные бусины, камешки, печенье).

Сядьте с ребёнком за стол. Положите перед ним что-то съедобное и несъедобное: например, камешек и конфету. Скажите: «Ешь!». Сопроводите инструкцию соответствующим жестом. Если ребёнок возьмет камешек, задержите его руку и скажите: «Это есть нельзя!» Подведите руку ребёнка к конфете и скажите: «Это можно есть!». Похвалите ребёнка, если он возьмет конфету. Уберите камешек со стола и замените его другой парой предметов.

Процесс повторяется многократно с постоянно меняющимися парами съедобных и несъедобных предметов. Когда ребёнок начнет понимать задание, используются другие продукты и предметы. Обязательно надо похвалить ребёнка за правильно сделанный выбор.

Упражнение «Повар»

Цели: обучение приготовлению простейших блюд (бутерброды, салаты), воспитание навыка соблюдения санитарно-гигиенических норм в процессе работы с продуктами питания.

Оборудование: для приготовления салата (очищенные овощи (помидоры, огурцы, лук), зелень, столовые ножи, разделочные доски для овощей, майонез или растительное масло); для приготовления бутербродов (сливочное масло, ломтики хлеба или батона, нарезанные кусочки колбасы, зелень (петрушка, укроп), майонез); для приготовления чая (чашка, чайная ложка, чай в пакетиках или рассыпной, сахар, кипяток).

Предваряет приготовление натуральных продуктов целенаправленное наблюдение во время экскурсий на пищеблок или дома за тем, как готовят салаты, бутерброды, как режут хлеб, нарезают овощи, украшают блюда и т. д.

При приготовлении салата взрослый демонстрирует приёмы нарезания овощей, комментируя свои действия. Потом эти действия выполняют желающие. После этого группа детей работает самостоятельно под руководством и контролем взрослого. Нарезанные овощи смешивают в большой салатнице, поливают заправкой, посыпают зеленью. Закрепляется последовательность приёмов: «Что нарезали? Что делали потом? Как украшали?»

При приготовлении бутербродов обучающий взрослый может предложить детям рассмотреть несколько бутербродов-образцов. Уточняется, какие продукты использовались для их приготовления, в каком виде, какова последовательность действий. Затем даются указания

и дети выполняют действия по показу, по инструкции взрослого: возьми ломтик батона (хлеба), намажь сливочным маслом; возьми кусочек колбасы, положи на батон; укрась бутерброд зеленью и т. д.

При заварке чая обращается также внимание на соблюдение определённой последовательности действий, на соблюдение правил безопасности при работе с кипятком.

Важно подвести итоги занятия (дети называют (показывают) блюда, которые научились готовить, рассказывают (имитируют) способы их приготовления).

Для формирования представлений детей о процессе приготовления пищи и закрепления полученных знаний и умений (название и состав блюда, несъедобное и съедобное) широко используются наблюдение, проговаривание взрослым названий предметов и совершаемых действий, обсуждение с детьми меню, состава основных блюд в процессе режимных моментов (повседневных завтраков, обедов, полдников, ужинов). Педагоги и родители называют детям блюда, которые им подаются к столу: «Это гречневая каша (щи, борщ, запеканка)». Со временем дети самостоятельно смогут ответить на вопросы: «Что у вас сегодня на первое? Что это? Какая это каша? Какой это суп? Что вы сегодня ели на второе? Что вам понравилось?»

Специально проводятся сюжетно-ролевые игры типа «Подготовка ко дню рождения», «Готовим обед», «Приглашаю на чай», организуются совместные с родителями чаепития, сладкие столы на Дни рождения, праздничные мероприятия. По возможности, дети активно, хотя бы частично, привлекаются в процесс приготовления блюд.

Приведём план занятия по теме: **«Приготовим винегрет»**.

Занятие рассчитано на разновозрастную группу. Время проведения занятия – примерно 20–30 минут. Место проведения: кухня, кабинет СБА.

Цель занятия: воспитывать в детях навыки самостоятельности в быту.

Задачи занятия:

- научить детей готовить винегрет;
- учить пользоваться ножом, доской для резания овощей;
- воспитание навыков аккуратности;
- расширение словарного запаса;
- развитие коммуникативной сферы;
- воспитание навыков трудолюбия;
- воспитание желания помочь родителям.

Оборудование: овощи, ножи, доски, посуда, растительное масло.

План занятия:

- Знакомство с овощами.
- Знакомство с рецептом винегрета.
- Обучение детей процессу обработки овощей для приготовления винегрета.
- Приготовление винегрета.
- Угощение винегретом всех детей.
- Заключительная беседа.

Развитие зрительно-моторной координации

Различные «*Лабиринты*», когда необходимо довести героя до определённого места, правильно выбирая на глаз путь и рисуя кривую линию. Эти игры-задания часто встречаются в детских познавательных журналах.

Могут использоваться *развивающие компьютерные игры*.

Способствуют координации различные *пальчиковые игры*, *логоритмические упражнения*, *рисование* простых графических символов.

Различные *конструкторы*, в том числе конструкторы-вкладыши, формируют зрительно-пространственные представления, помогают преодолеть моторную неловкость, развивают тактильные ощущения, зрительную память.

Одно из упражнений, сочетающихся с музыкальной терапией, для детей с нарушением двигательной функции верхних конечностей – *выкладывание* на однотонном коврикe *различных узоров* по вкусу ребёнка или по образцу самостоятельно или вместе со взрослым.

В качестве составляющих элементов узоров можно использовать цветные обрезки пряжи, ниток, лоскутки кожи, ткани разной фактуры, тесёмки, ленточки, шнурки.

Можно предложить ребёнку выложить по образцу фигуру, узор из палочек, полосок, брусков. Чтобы усложнить задание, предлагается выложить узор по памяти. Такие задания развивают зрительную память и пространственные представления.

Развитие представлений ребёнка о себе и своём теле

Представления о возможностях своего тела развиваются практически при освоении любого движения. Это переключивание предметов, захваты, сжимание и разжимание пальцев и кулачков, ощупывание ребёнком себя, массажирование конечностей, головы и туловища, перелистывание страниц,

разбор и сбор игрушек, конструкторов, нанизывание крупных и мелких предметов и просовывание их через различной величины отверстия, пальчиковые игры и т. д.

Используются различные объекты с отличающейся фактурой, материалами для осязания, ощупывания, различных действий с ними, стимулирующих сенсорную чувствительность тела ребёнка.

Игровое упражнение «Отпечатки»

Расстелив лист ватмана, ребёнка кладут сверху, обрисовывают его. Полученный абрис затем можно раскрасить вместе с ребёнком, повесить на стену, что дает возможность получить представление о своей фигуре.

Можно выполнять «отпечатки» своего тела летом на песке или обмакнув конечности в краску. Такие игровые занятия могут быть особенно полезными для ребёнка, которому трудно самостоятельно принимать вертикальное положение, передвигаться.

Упражнение «Игральная» рукавица»

Такую рукавицу можно изготовить самостоятельно из ткани и синтепона, вшив вовнутрь звенящие игрушки (колокольчики). Ребёнок одевает рукавицу, её закрепляют тесёмками. При движении руками звенит игрушка, и ребёнок получает звуковое подтверждение о том, где находится рука.

Если ребёнок в состоянии сам передвигаться, можно выполнять **двигательные игровые упражнения с названием частей тела.**

Например, попеременно переставляя ногами, дети проговаривают:

– *Аист, аист длинноногий,*

Покажи домой дорогу.

«Аист» отвечает:

– *Топай правою ногой,*

Потом левою ногой,

Снова правою ногой,

Снова левою ногой.

Вот тогда придешь домой.

Многие полезные игры и игровые задания довольно широко представлены в психолого-педагогической литературе. Специалистам необходимо учитывать при их отборе реальные и потенциальные возможности ребёнка, его интересы, запросы семьи относительно развития того или иного навыка.

«Кто спрятался?»

Цели: учить ребёнка фиксировать внимание на себе, идентифицировать себя со своим именем, формировать у ребёнка своё «Я».

Оборудование: яркий платок.

Ход игры: взрослый сажает ребёнка перед собой на стульчик, гладит его по головке, смотрит в глаза, улыбается, ласково ему говорит: «Петя хороший, будем сейчас играть. Вот какой красивый платок, возьми, поиграй с ним». Взрослый осторожно накрывает голову ребёнка платочком и произносит: «Спрячем Петю под платочком. Вот так, спрятали. Где Петя? Нет Пети!» Затем взрослый снимает платочек с головы ребёнка и восклицает: «Вот, Петя!», одновременно похлопывая своей ладонью по груди ребёнка, еще раз акцентируя его внимание на самом себе.

Эту же игру можно проводить перед зеркалом, при этом взрослый находится рядом или за спиной у ребенка. Игру можно повторить несколько раз.

«Я – ты»

Цели: закрепить умение ребёнка узнавать себя, сверстника в зеркале; учить понимать и использовать местоимения «я», «ты»; закреплять умение называть своё имя и имя сверстника.

Оборудование: зеркало во весь рост ребёнка.

Ход игры: игра проводится с двумя детьми одновременно. Дети стоят перед зеркалом. Взрослый, находясь в стороне (его не видно в зеркале), побуждает детей посмотреть на себя в зеркале: «Кто это в зеркале?» – «Это Петя». – «А это Ваня». – Затем, побуждая детей показывать на себя жестом, спрашивает: «Где Петя?» «Вот Петя!» – «Где Ваня?» «Вот Ваня!» – «Вот какие ребята хорошие стоят!» После непродолжительной паузы педагог спрашивает: «Кто это? – побуждает ребёнка употребить местоимение «я» и назвать своё имя («Я, Петя»). – «А это кто?» – взрослый обращается к этому же ребёнку и побуждает его назвать имя рядом стоящего сверстника. – «Да, это Ваня. Скажи: «Я – Петя, ты – Ваня». Важно, чтобы ребёнок использовал указательный жест, направленный сначала на самого себя («я»), затем на сверстника («ты»). Выполнения таких же действий добиваются и от другого ребёнка.

Если игра проводится с одним ребёнком, то в роли партнёра выступает взрослый.

«Найди свое место»

Цели: учить детей узнавать себя на индивидуальной фотографии, учить называть своё имя.

Оборудование: индивидуальные фотографии участников игры.

Ход игры. Педагог рассаживает детей на стульчиках полукругом и показывает по очереди их фотографии. После того, как ребёнок узнает себя на фотографии и назовет свое имя: «Это я – Коля», – педагог прикладывает фотографию к его груди, а затем кладет её перед ним. В тех случаях, когда ребёнок затрудняется в узнавании себя на фотографии, педагог сам называет имя ребёнка и отдаёт ему его фотографию. Потом предлагает каждому ребёнку оставить фотографию на своем стульчике и приглашает их выполнить различные движения по подражанию: «Полетаем, как птички», «Попрыгаем, как зайчики». В это время второй взрослый меняет местами фотографии. После подвижной игры детям предлагается сесть на тот стульчик, где лежит его фотография. В конце игры педагог спрашивает каждого ребёнка, как зовут того, кто изображен на фотографии: «Как зовут?...»

«Расскажи о себе»

Цели: закрепить представления детей о своём внешнем виде; учить использовать зеркало при описании своей внешности, назывании частей тела и лица; уточнить функции различных частей тела человека.

Оборудование: зеркало в полный рост ребёнка, фотографии, кукла.

Ход занятия. Педагог предлагает ребёнку посмотреть в зеркало и ответить на вопрос: «Кто это в зеркале?» Затем ребёнку показывают общегрупповую фотографию и задают вопрос: «Покажи, где ты на этой фотографии». После чего перед ребёнком раскладывают отдельные фотографии сверстников и предлагают отыскать среди них самого себя: «Найди себя на этих фотографиях. А как ты узнал себя?» Затем ребёнку снова предлагают посмотреть в зеркало и рассказать о себе: «Посмотри в зеркало и расскажи, какой (какая) ты? (Цвет волос, глаз...). Назови части тела. Что у тебя есть? Покажи, где у тебя руки (пальчики, ноги, голова, туловище, шея). Назови части лица. Что у тебя есть на лице? Покажи, где у тебя глаза (нос, рот). Для чего нужны глаза (нос, рот, уши, волосы)? Для чего нужны руки (пальчики, ноги, голова, туловище, шея)? Для чего нужны глаза (нос, рот, уши, волосы)?»

Если ребёнок не показывает части тела и лица на себе, то педагог предлагает показать их на кукле.

«Бросай мяч»

Цели: закреплять знания детей об именах сверстников в группе; учить детей называть своих сверстников по имени.

Оборудование: мяч.

Ход игры. Дети стоят вокруг педагога полукругом. Педагог предлагает каждому ребёнку ловить, а затем бросать мяч кому-нибудь из детей, но вначале надо назвать сверстника по имени. Педагог показывает, как это надо делать: «Лови, Маша». После того как Маша поймает мяч, она бросает его другому ребёнку и называет его имя: «Лови, Даша». Игра продолжается до тех пор, пока каждый ребёнок не назовет имя своего сверстника по группе.

«Хоровод»

Цель: закреплять у детей умение называть имена своих сверстников в уменьшительно-ласкательной форме.

Ход игры. Педагог сообщает детям, что сегодня они будут водить хоровод.

Дети стоят в кругу, взявшись за руки, и произносят слова вместе с педагогом: «Хоровод водили, ласковыми были. В кружок вызывали, имя называли: «Выйди, Наташенька, в кружок. Возьми, Наташенька, флажок!» После этого все дети останавливаются, хлопают в ладоши, а ребёнок, чьё имя названо, выходит в круг, выбирает цветной флажок, машет им. Затем хоровод продолжается до тех пор, пока в кружке не побывает каждый ребёнок.

«Угадай, кого не стало»

Цель: продолжать закреплять умение детей называть имена своих сверстников по группе.

Ход игры. Дети стоят полукругом вокруг педагога. Взрослый предлагает каждому ребёнку внимательно посмотреть на всех детей и запомнить их. Затем педагог выбирает одного из детей и говорит о том, что он «водящий», завязывает ему глаза платочком, в это время другой ребёнок прячется. После чего все дети хлопают в ладоши и дружно повторяют несколько раз: «Угадай, кого не стало». «Водящему» развязывают глаза, и он должен назвать имя ребёнка, который спрятался. После того как «водящий» назовет имя ребёнка, который прятался, все дети ритмично хлопают в ладоши и говорят: «Коля, Коля, выходи!» Игра повторяется 3–4 раза.

«День рождения куклы Кати»

Цели: формировать у детей первоначальные представления о дне рождения как о праздничном событии; формировать умение соблюдать последовательность событий, происходящих в этот день.

Оборудование: кукла в нарядном платье, небольшие игрушки, книжки, салфетки.

Ход игры. Педагог предлагает детям рассмотреть праздничный наряд куклы Кати, которой сегодня исполнилось пять лет и которая приглашает детей отпраздновать её день рождения. Педагог вместе с детьми благодарит куклу за приглашение, а затем договаривается с ними, как они будут праздновать день рождения. Взрослый предлагает детям последовательно выполнить ряд действий:

- выбрать в качестве подарка любой из предложенных предметов (игрушку, книжку, воздушный шарик, набор кубиков, набор фломастеров);
- подойти к кукле и сказать ей: «Катя, я тебя поздравляю с Днём рождения! Вот тебе подарок»;
- кукла Катя благодарит за подарок, гости водят вокруг куклы хоровод «Каравай»;
- кукла Катя угощает детей, дети благодарят за угощение.

Занятие заканчивается тем, что кукла благодарит всех ребят за поздравления и подарки и приглашает всех пойти с ней на прогулку.

«Найди картинки»

Цели: уточнить представления детей о внешнем виде человека; учить выделять его из совокупности живых существ; уточнить понимание слов «люди», «человек», «дети».

Оборудование: сюжетные картинки: «Дети играют во дворе», «Мальчик читает книгу», «Доктор лечит ребенка», «Овцы пасутся на лугу», «Курочка с цыплятами», «Кошка с котятами».

Ход игры. Педагог на наборном полотне расставляет сюжетные картинки и предлагает детям их рассмотреть. Затем просит детей выполнить задание и ответить на вопрос: «Найди картинки с изображением людей. Расскажи, как ты догадался, что это люди?»

«Знаешь ли ты свой адрес?»

Цели: формировать у детей представления о почтовых отправлениях; закрепить знания о работе почтальона; учить правильно подписывать адрес на открытках и письмах.

Вариант 1.

Оборудование: уголок «Почта», сумка почтальона, ручки, фишки-деньги, конверты, открытки, бланки телеграмм, почтовый ящик.

Ход игры. Ребята отгадывают загадки:

Кто стучится в дверь ко мне

С толстой сумкой на ремне?

– Это он, это он –

Наш любимый... (почтальон).

На стене, на видном месте,

Собирает письма вместе,

А потом его жильцы

Полетят во все концы. (Почтовый ящик)

Уточняются обязанности почтальона (доставляет письма, телеграммы, газеты), назначение почты. Выбираются ребята на роли почтового работника, почтальона.

Дети заходят на «почту», «покупают» открытки, конверты, подписывают адрес. Потом они подходят к почтальону, отдают почтовые отправления и называют адреса, по которым их нужно отнести.

Если ребята «посылают» отправления в другие города или села, они называют адрес почтовому работнику и «бросают» их в почтовый ящик.

Вариант 2.

Дети сидят полукругом так, чтобы хорошо видеть друг друга. Педагог объявляет: «Внимание! Внимание! Потерялась девочка в голубом платье с красной лентой в волосах. Пусть она подойдет к педагогу». Девочка, которую ищут, встает, подходит к педагогу, называет свой адрес. Если девочка, которую ищут, не «находится» сама, то её должны найти по описанию дети.

«До свидания – здравствуй»

Взрослый спрашивает, как можно попрощаться движением руки. Если ребёнок затрудняется ответить, взрослый показывает жест: подняв руку вверх, машет кистью (от себя). Затем со словом «до свидания» он удаляется от ребёнка, прощально помахивая рукой, а со словом «здравствуйте» приближается, протягивая к нему руки с повернутыми вверх раскрытыми ладонями. Пусть ребёнок включится в игру, повторяя движения (и слова) вместе со взрослым.

«Прошу – не надо»

Взрослый предлагает ребёнку сначала попросить жестом то, что ему нравится, а затем отказаться от того, что не нравится. В случае затруднения помогает найти нужные движения (с ласковым произнесением слова «прошу» рука выводится вперёд раскрытой ладонью вверх, с твёрдым «не надо» – кисть вытянутой руки становится вертикально вверх, ладонь повернута «от себя»).

Поведение в социальных ситуациях

Полезно разыгрывать с детьми различные доступные *ролевые игры* («Продовольственный магазин», «За столом», «День рождения», «Доставляй людям радость добрыми делами», «В автобусе» и др.)

(Здесь использованы некоторые материалы из книги Л.М. Шипицыной «Развитие навыков общения у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью»).

«Так и не так»

Педагог:

– «У Вити сегодня день рождения. Он принес в школу угощение.

А дети всё отобрали у него и кричат: «Ещё, ещё!»

– «Как вы думаете, так надо себя вести или не так?»

Дети: «Не так, не так!»

Педагог: «А как?»

Педагог придумывает новую ситуацию: «Девочка Наташа пришла утром в школу: «До свидания, – говорит она. – Уже пора домой идти, – и стала раздеваться».

Дети: «Не так, не так!»

Педагог: «А как?»

Далее педагог предлагает детям самим придумать небылицы.

Цель подобных игровых занятий, бесед, моделирования ситуаций заключается в обучении употреблять нужные слова извинения, благодарности, в формировании воспитанности, адекватного поведения в разных ситуациях взаимодействия.

«В автобусе»

Цели: воспитывать у детей культуру поведения в общественных местах; формировать умения коммуникативного поведения; развивать диалогическую речь.

Из стульев выстраивается салон автобуса (зал театра), распределяются роли пассажиров, водителя, старушки и т. д.

1. В автобус вошел мальчик с жирным пирожком в руках. В автобусе было много людей. Что сказали мальчику пассажиры? («Быстро съешь пирожок»; «Осторожно, не запачкай одежду рядом стоящих людей»; «Спрячь пирожок в целлофановый пакет»; «Нельзя заходить в автобус с пирожками» и др.).

2. В автобус зашла старушка. Свободных мест нет. Рядом сидят школьники. Как они поступят? (Скажут: «Садитесь, пожалуйста, на мое место» и др.).

3. Саша заходит в автобус и случайно сильно толкает пожилую женщину. Она сердится и начинает ругать «нынешнюю молодежь». Саша понимает, что он сделал нехорошо и просит прощения. Женщина успокаивается и прощает Сашу.

Детям предлагаются обсуждение подобных ситуаций, называние тех вежливых слов, которые помогут сгладить проступок, выйти из конфликтной ситуации, исправить неправильное поведение. На изображениях сюжетных картинок дети могут написать эти вежливые слова или подобрать готовые надписи, соответствующие пиктограммы.

«Саша заблудился»

Педагог рассказывает о мальчике, который один поехал к подруге на автобусе, задумался, пропустил свою остановку. Он вышел в незнакомом месте. Саша боится. У него нет телефона, чтобы позвонить. Он увидел недалеко магазин и зашел туда, объяснил продавцу, что случилось. Саша узнал адрес магазина и попросил разрешения позвонить подруге. За ним приехал в магазин отец подруги.

Педагог отрабатывает с детьми *правила*, о которых необходимо помнить, если заблудился (в городе, в супермаркете, в лесу):

- Всегда сообщай родным дома, куда ты пошёл.
- Если потерялся, не начинай искать дорогу сам, проси помощи.
- Обращайся к людям за помощью в общественном месте (в магазине, в аптеке к продавцу, к милиционеру на улице, к женщине с детьми).

- Запомни чётко свои имя и фамилию, адрес. Всегда имей при себе паспорт, записку со своим адресом, некоторое количество денег на проезд в городе.

- Не ходи в незнакомые, шумные и очень многолюдные места один.

- Не ходи один в лес. Не прячься в места, где тебя будет сложно найти.

- Если ты был с мамой и случайно потерялся в магазине или на улице, то не убегай далеко. Лучше оставайся на месте. Скоро придёт мама.

- Не бойся. Всегда зови на помощь, если попал в трудную ситуацию.

У детей важно формировать понимание того, что не всем людям можно доверять, не со всеми незнакомцами можно общаться, открывать им дверь своего дома, делиться информацией о своей семье, соглашаться идти в незнакомое место, позволять поступать с собой неприятным для себя образом и т. д. Но если ребёнок сам оказывается в сложной ситуации, то ему необходимо попросить о помощи, уметь обратиться с просьбой, дать понятный знак другому человеку.

Такие знания передаются с помощью бесед, обсуждения серии сюжетных картинок, видеоматериалов, увиденного и пережитого, моделирования экстремальных ситуаций, игровых занятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вспомним одну из наиболее цитируемых мыслей Л.С. Выготского: «...Человечество победит раньше или позже и слепоту и глухоту, и слабоумие, но гораздо раньше оно победит их в социальном и педагогическом плане, чем в плане медицинском и биологическом».

Вряд ли можно утешить инвалида лишь мыслью о том, что когда-нибудь заболевание, от которого он страдает, будет излечимым. Человек вправе жить сегодня, а не когда-то в будущем, пусть в особых, стесненных болезнью условиях, но жизнью, его достойной.

Помощь в социальной адаптации детям с тяжёлыми и множественными нарушениями представляют собой малоизученную и труднейшую проблему специальной педагогики. До недавнего времени в нашей стране многим из таких детей вообще невозможно было предоставить какую-либо реальную педагогическую помощь, поскольку они считались необучаемыми. Однако за последние десятилетия положение существенно изменилось. Ведь одним из критериев развития культуры общества может служить постепенное и позитивное изменение отношения общества к инвалидам, признание равенства их прав со здоровыми людьми, стремление устанавливать паритетные и продуктивные отношения. Признание факта, что общество обязано помогать инвалидам, так или иначе должно перерасти в осознание этой помощи как важнейшей потребности любого человеческого коллектива. Здоровый человек, проявляя милосердие и сострадание к людям с ограниченными возможностями, оказывая им профессиональную помощь, тем самым духовно совершенствуется, избавляясь от предрассудков, которые сам и создавал, привычно деля социальный мир на «мы» (здоровые) и «они» (инвалиды).

Сегодня наше общество стоит еще только в начале этого сложного пути нравственного совершенствования. Но можно с уверенностью сказать, что люди, избравшие в качестве будущей профессии специальную педагогику, тем самым сделали на этом пути первый, но очень важный шаг.

Социальная адаптация детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития практически не может реализовываться стихийно. Необходима специальная организация данного процесса на основе междисциплинарного подхода и ориентации на компенсаторные возможности каждого ребенка. Социальная адаптация обеспечивается через овладение ребёнком социальным опытом, доступными социально-бытовыми навыками, приобретение практических

умений и навыков коммуникации, налаживание взаимодействия с людьми и овладение приемлемым поведением, социальными нормами и отношениями.

Приобретаемые на коррекционных занятиях знания и умения важно закреплять в повседневной жизни ребенка. Работа с семьей, занимающая одно из значимых направлений деятельности специалистов системы специального образования, помогает формировать понимание родителями проблем собственного ребенка, его потенциальных и реальных возможностей, содействует социальной адаптации ребёнка.

Задача специалистов состоит в определении адекватных приёмов и методов коррекционно-развивающей работы, которые позволят обеспечить наиболее эффективную социализацию детей с учётом структуры, степени выраженности нарушений развития, имеющихся возможностей и потребностей ребёнка, запросов его семьи. Использование материалов пособия поможет обеспечить условия для оптимального социального и личностного становления ребёнка, организовать эффективное психолого-педагогическое сопровождение его развития и социальной адаптации на протяжении необходимого периода времени.

В качестве эпилога вспомним известную «Притчу о бабочке и мудреце». *Был в древности один мудрец. У него было много последователей, многие у него учились. И вот как-то раз два его ученика поспорили между собой. Один утверждал, что сможет задать мудрецу такой вопрос, который поставит его в тупик. Второй сказал, что это невозможно.*

Ранним утром первый ученик пошел в поле и поймал там прекрасную маленькую бабочку. Зажал ее в ладонях так, чтобы не было ее видно. Придумал он хитростью одолеть учителя: «Я спрошу у него: жива ли бабочка, что в моих ладонях. Если он скажет «нет», то я разожму ладони, и она взлетит. Если же скажет «да», то я раздавлю ее и открою ладони, он увидит лишь ее безжизненное тельце. Так он попадет в неловкую ситуацию, а я выиграю спор».

Пришел к своему мудрецу-учителю ученик и в присутствии всех спросил его:

- Учитель, мертва или жива бабочка в моих ладонях?*
- Все в твоих руках...*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ И ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Айрес, Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [пер. с англ. Ю. Даре]. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.
2. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
3. Аксенова, Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.
4. Александрова, Н.А. О клиническом обследовании детей раннего возраста со сложной структурой дефекта / Н.А. Александрова // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 30–33.
5. Андреева, Л.В. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России: Аналитический обзор / Л.В. Андреева, Д.И. Бойков, Е.Ф. Войлокова [и др.]; под ред. акад. Г.А. Бордовского. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 81 с.
6. Антонова, Л.В. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в клинической практике / Л.В. Антонова, Е.В. Клочкова // Актуальные вопросы реабилитологии и эрготерапии: материалы II Международной конференции. – Санкт-Петербург, 29.10.03 г.; под ред. чл.-корр. РАМН, проф. А.В. Шаброва, проф. В.Г. Мамуйлова, проф. Л.П. Зуевой. – СПб, СПбГМА, 2003. – С.5.
7. Асанов, А.Ю. Основы генетики: учебное пособие/ А.Ю. Асанов, Н.С. Демикова, С.А. Морозов. – М.: Академия, 2003. – 224 с.
8. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Киев: «Здоровья», 1988. – 328 с.
9. Барков, В.А. Проблемы адаптивного физического воспитания детей в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lib.grsu.by>. – Дата доступа: 12.11.2012.
10. Басилова, Т.А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением / Т.А. Басилова // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 47–55.
11. Басилова, Т.А. О Соколянском и его методах обучения глухих и слепоглухих детей, так интересовавших Выготского / Т.А. Басилова // Культурно-историческая психология Т.А. Басилова // Культурно-историческая психология. – 2006. – № 3. – С. 8–16.

12. Басилова, Т.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей /Т.А. Басилова, Н.А. Александрова [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.prosv.ru/ebooks/Basilova_Kak-pomoch-lichu/index.html. – Дата доступа: 12.02.2013.

13. Бертынь, Г.П. Клинико-психологическое изучение глухих детей со сложным дефектом (Сообщение 2) / Г.П. Бертынь, Т.В. Розанова // Дефектология. – 1993. – № 4. – С. 3–7.

14. Бертынь, Г.П. Синдром Маршалла и Ушера – наследственные формы слепоглухоты (клинико-психолого-педагогическое изучение) / Г.П. Бертынь, М.С. Певзнер, Р.А. Мареева // Дефектология. – 1988. – № 2 – С. 35–43.

15. Бертынь, Г.П. Этиологическая классификация слепоглухоты /Г.П. Бертынь // Дефектология. – 1985. – № 5. – С. 14–20.

16. Блюмина, М.Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3–10.

17. Болотов, В.А. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе / В.А. Болотов, В.В. Сериков // Педагогика. – 2003. – № 3. – С. 8–14.

18. Борякова, Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Н.Ю. Борякова. – М.: Астрель, 2008. – 222 с.

19. Ван Дайк Ян. Обучение и воспитание слепоглухих как особой категории аномальных детей / Ян Ван Дайк [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://comlib.ru/4/393/index9.html>. – Дата доступа: 31.01.2013.

20. Варенова, Т.В. Компетентностный подход в образовании детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития / Т.В. Варенова, Н.С. Шаринец // Мир детства в современном образовательном пространстве: сборник статей студентов, магистрантов / под ред. И.А.Шараповой. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2010. – Вып. 2. – С. 193–195.

21. Варенова, Т.В. Социально-педагогические ресурсы работы с учащимися с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Т.В. Варенова // Специальная адукацыя. – 2010. – № 3. – С. 68–76.

22. Варенова, Т.В. Структурирование жизненных компетенций у детей с особенностями психофизического развития /Т.В. Варенова //Международная научно-практическая интернет-конференция «Формирование личности ребенка с особыми потребностями в условиях меняющегося мира» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://itdsel.bspu.unibel.by>. – Дата доступа: 14.01.2013.

23. Варенова, Т.В. Теоретико-методические основы социального воспитания детей с особенностями психофизического развития

/ Т.В. Варенова // Эффективность модернизации образования: методология, опыт, перспективы: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции; г. Новосибирск, 23–24 марта 2010 г.: в 3 т. – Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2010. Т. 1. – С. 135–138.

24. Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики: учеб. пособие / Т.В. Варенова. – Мн.: ООО «Асар», 2007. – 320 с.

25. Винникова, Е.А. Методы диагностики в условиях психолого-медико-педагогической комиссии / Е.А. Винникова // Специальная адукацыя. – 2011. – № 5. – С. 8 – 17.

26. Воспитание и обучение детей в условиях домов-интернатов: пособие для педагогов / И.К. Боровская [и др.]; под ред Т.В. Лисовской. – Минск: НИО, 2007. – 216 с.

27. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития: программно-методические материалы; под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 181 с.

28. Вспомогательные средства и приспособления в помощь детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: метод. пособие для родителей и специалистов; сост. И. Куксик. – М.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

29. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский; сост., авт. вступ. ст. и библиогр. Т.М. Лифанова; авт. коммент. М.А. Степанова. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.

30. Вяжякупус, Е. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями сенсорной, двигательной и интеллектуальной сферы: учебно-методический комплекс / Е. Вяжякупус, В.З. Кантор. – М.: Издательство «Папирус», 2009. – 304 с.

31. Гайдукевич, С.Е. Направления совершенствования коррекционно-развивающей работы с детьми с особенностями психофизического развития / С.Е. Гайдукевич // Специальная адукацыя. – 2009. – №5. – С. 19 – 25.

32. Гайдукевич, С.Е. Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения: учеб.-метод. пособие / С.Е. Гайдукевич [и др.]; под общ. ред. С.Е. Гайдукевич, В.В. Чечета. – Минск: БГПУ, 2006. – 98 с.

33. Гладкая В.В. Целеполагание в коррекционно-педагогической работе с детьми с ОПФР / В.В. Гладкая, И.Н. Логинова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pedsovet.org/forum/index.php?autocom=blog&blogid=571&showentry=18058>. – Дата доступа: 24.01.2013.

34. Гладкая, В.В. Научно-методические подходы к содержанию, планированию и организации коррекционной работы с детьми с особенностями психофизического развития / В.В. Гладкая // Специальная адукацыя. – 2008. – № 5. – С. 8 – 12.

35. Гладкая, В.В. Планирование коррекционной работы с учащимися с трудностями в обучении: метод. пособие для учителей-дефектологов / В.В. Гладкая. – Минск: Зорны верасень, 2008. – 112 с.

36. Голованова, Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Н.Ф. Голованова. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.

37. Головчиц, Л. А. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с недостатками слуха, имеющих комплексные нарушения развития / Л.А. Головчиц // Дефектология. – 2008. – № 1. – С. 27–33.

38. Горбацкая, О.А. Рекомендации по организации обучения на дому детей дошкольного возраста с особенностями психофизического развития (из опыта работы учителей-дефектологов Могилевского городского центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации) / О.А. Горбацкая, Л.Г. Гетманская [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.asabliva.by/sm_full.aspx?guid=21323. – Дата доступа: 24.01.2013.

39. Дашевская, Е.Ю. Развитие у детей с умеренной умственной отсталостью умения ориентироваться в выполнении заданий социально-бытового характера: дисс. ... к. п. н.: 13.00.03 / Е.Ю. Дашевская. – Екатеринбург, 2007. – 150 с.

40. Демьяненко, Т.В. Педагогические условия социальной адаптации детей с тяжелой формой интеллектуальной недостаточности: дисс. ... к. п. н.: 13.00.03 / Т.В. Демьяненко; НИО РБ. – Минск, 2005. – 132 с.

41. Дети с острым церебральным параличом. Руководство по образованию; под ред. Х. Рай, М.Д. Скьортен. – ЮНЕСКО, 1989. – 152 с.

42. Дети с отклонениями в развитии: метод. пособие; сост. Н.Д. Шматко. – М.: Аквариум, 1997. – 128 с.

43. Джонсон-Мартин, Н.М. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями / Н. М. Джонсон-Мартин [и др.]; под ред. Н.Ю. Барановой. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, КАРО, 2005. – 336 с.

44. Жигорева, М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.В. Жигорева. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 240 с.

45. Жигорева, М.В. Проектирование индивидуальных программ обучения детей с комплексными нарушениями развития / М.В. Жигорева // Коррекционная педагогика. – 2005. – № 2. – С. 5–21.

46. Жигорева, М.В. Социально значимые показатели интеграции детей со сложными нарушениями развития / М.В. Жигорева // Социально-гуманитарные знания. – 2009. – № 3. – С. 139–144.

47. Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-З О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов. Изменения и дополнения: Закон Республики Беларусь от 17 июля 2009 г. № 48-З (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 173, 2/1600).

48. Закрепина, А.В. Педагогическая помощь семье в воспитании ребенка дошкольного возраста с умеренной умственной отсталостью / А.В. Закрепина // Дефектология. – 2004. – № 2.

49. Землянова, Е.Т. Коммуникация (поддерживающая): первые шаги / Е.Т. Землянова, Т.В. Лисовская // Дефектология. – 2005. – № 4. – С. 18–26.

50. Зимняя, И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентного подхода в образовании / И.А. Зимняя. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. – 2004.

51. Зимняя, И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования / И.А. Зимняя // Высшее образование, 2003. – № 5. – С.34–42.

52. Змушко, А.М. Коммуникативная компетенция как важная составляющая социальной адаптации детей с интеллектуальной недостаточностью / А.М. Змушко // Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями: пособие для учителей, психологов и родителей детей с ограниченными возможностями / А.Н. Коноплева [и др.]; ред. Т.Л. Лещинская. – Минск, 2005. – С. 54–66.

53. Змушко, А.М. На пути к инклюзивному образованию / А.М. Змушко // Специальная адукацыя. – 2009. – №1. – С. 49–54.

54. Змушко, А.М. Социальная адаптация лиц с особенностями психофизического развития в социокультурном контексте / А.М. Змушко // Специальная адукацыя. – 2008. – № 1. – С. 4–9.

55. Зыгманова, И.В. Воспитание и обучение детей с умеренной и тяжелой интеллектуальной недостаточностью: учеб.-метод. пособие / И.В. Зыгманова, Т.В. Лисовская; М-во образования Республики Беларусь, Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка. – Минск: БГПУ, 2010. – 115 с.

56. Зыгманова, И.В. К проблеме обучения детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями на основе полисенсорного подхода / И.В. Зыгманова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.asabliva.by/ru/main.aspx?guid=15445>. – Дата доступа: 24.01.2013.

57. Иванов, Д.А. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструментарий / Д.А. Иванов, К.Г. Митрофанов, О.А. Соколова. – М., 2003.

58. Иванов, Д.И. Как можно оценивать компетентности? / Д.И. Иванов // Биб-ка ж. «Директор школы». – 2007. – № 6. – С. 80–85.
59. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: монография / А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская. – Минск: НИО, 2003. – 232 с.
60. Ипполитова, М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: пособие для родителей и воспитателей / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 1993. – 52 с.
61. Калмет, Х.Ю. Жилая среда для инвалида / Х.Ю. Калмет. – М.: Стройиздат. – 1990. – 128 с.
62. Катаева, А.А. Дидактические игры и упражнения в обучении дошкольников с отклонениями в развитии: пособие для учителя / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 224 с.
63. Кислинг, У. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / У. Кислинг. – М.: Теревинф, 2010. – 240 с.
64. Кислякова, Ю.Н. Формирование социально-бытовой компетенции младших школьников с интеллектуальной недостаточностью: дис. ... к. п. н.: 13.00.03 / Ю.Н. Кислякова; НИО РБ. – Минск, 2008. – 158 с.
65. Клочкова, Е.В. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике реабилитационной помощи / Е.В. Клочкова // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 6–7: науч.-практ. сб. – М.: Теревинф, 2009. – С. 7–27.
66. Клюева, Н.В. Учим детей общению. Характер, коммуникабельность. Популярное пособие для родителей и педагогов / Н.В. Клюева, Ю.В. Касаткина. – Ярославль: «Академия развития», 1997. – 240 с.
67. Кобринский, М.Е. Социально-педагогическая поддержка детей в условиях депривации / М.Е. Кобринский. – Минск: НИО, 2001. – 276 с.
68. Кодекс Республики Беларусь об образовании. – Минск: Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2011. – 400 с.
69. Кондуктивная педагогика А. Петё: Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Предисл. О. Шпека; пер. с нем. Т.Е. Браудо, Б.А. Максимова, А.А. Михлина; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. – М.: Академия, 2003. – 136 с.
70. Коноплева, А.Н. Вопросы трансформации содержания специального образования в контексте компетентностного подхода / А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисовская // Специальная адукацыя. – 2009. – № 3. – С. 3–9.

71. Коррекционно-образовательные технологии: пособие для педагогов / А.Н. Коноплева [и др.]; науч. ред. А.Н. Коноплева. – Минск: НИО, 2004. – 176 с.

72. Коробов, М.В. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: учебно-методическое пособие / М.В. Коробов, Ж.Г. Деденева, Т.Н. Шеломанова, О.Н. Владимирова. – СПб.: СПБИУИЭК, 2004. – 87 с.

73. Кунцевич, Т.П. Образовательная среда как фактор социализации детей в условиях центра / Т.П. Кунцевич // Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями: пособие для учителей, психологов и родителей детей с ограниченными возможностями / А.Н. Коноплева [и др.]; науч. ред. Т.Л. Лещинская. – Мн.: НИО, 2005. – С. 93–106.

74. Лаврентьева, А.Н. Социально-бытовая адаптация детей с церебральными параличами в условиях реабилитационного учреждения [Электронный ресурс]: дис. ... к. п. н.: 13.00.01 / А.Н. Лаврентьева. – М.: РГБ, 2003.

75. Лапов, А.В. Анализ систем специального обучения в США, Великобритании, Швеции, Голландии и России / А.В. Лапов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://works.tarefer.ru>. – Дата доступа: 27.11.2012.

76. Лёб-система. Система символов как вступление в коммуникацию с неумеющими говорить или только изучающими язык детьми. – Минск: Изд-во БелАПДИиМИ «Открытые двери», 1997. – 30 с.

77. Левченко, И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная [и др.]; под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – 5-е изд. – М.: «Академия», 2008. – 320 с.

78. Левченко, И.Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

79. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.

80. Лещинская, Т.Л. Антропоцентрический и синергетический подходы к адаптации и интеграции в социуме лиц с психофизическими нарушениями / Т.Л. Лещинская, А.Н. Коноплева // Специальное образование: опыт и перспективы развития: сб. материалов респуб. науч.-практ. конф. (12 октября 2010 г.) / под ред. Ю.К. Шергилашвили. – Могилев: УО «МГУ им. А.А. Кулешова», 2011. – С.149 – 154. .

81. Лисовская, Т.В. Компетентностный подход в условиях инклюзивного образования. – Инклюзивное образование: Состояние, проблемы перспективы. – Минск: Четыре четверти, 2007. – С. 51–56.
82. Лисовская, Т.В. Научно-методические подходы к образовательной деятельности в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации / Т.В. Лисовская // Дефектология. – 2007. – № 4. – С. 12–17.
83. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития / В.И. Лубовский; Науч. – исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
84. Лукашева, И. Д. Наследственные формы сложного дефекта интеллекта и зрения / И.Д. Лукашева // Дефектология. – 1986. – № 1. – С. 21–26.
85. Маллер, А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
86. Маллер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: методическое пособие / А.Р. Маллер. – Изд. 2-е испр. и доп. – М.: АРКТИ, 2002. – 176 с.
87. Малофеев, Н.Н. О научных подходах к совершенствованию специального образования в России / Н.Н. Малофеев // Дефектология. – 2004. – № 6. – С. 67–74.
88. Малькевич, И.В. Эрготерапия сегодня / И.В. Малькевич, И.П. Куксик // Вестник ОО «БелАПДИиМИ», 2008. – № 3. – С. 1–2.
89. Мамонько, О.В. Основные направления работы по формированию навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психического и (или) физического развития / О.В. Мамонько, М.И. Быченко [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://itdsel.bspu.unibel.by/ru/content/7/news5/>. – Дата доступа: 22.12.2012.
90. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина; под ред. В.И. Селивёрстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
91. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.
92. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
93. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации болезней и причин инвалидности. – М.: РАМН: НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко, 1994. – 105 с.

94. Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: учеб.-метод. пособие / М. Вентланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. Горудко и др.; науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – Минск: БГПУ, 2009. – 276 с.

95. Методика формирования навыков общения у учащихся с тяжёлой интеллектуальной недостаточностью: учеб.-метод. пособие для педагогов центров коррекц.-развивающего обучения и реабилитации / Ю.Н. Кислякова, Т.В. Лисовская [и др.]; под ред. Т.В. Лисовской. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 159 с.

96. Мещеряков, А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения / А.И. Мещеряков. – М.: Педагогика, 1974. – 327 с.

97. Миненкова, И.Н. Подготовка к независимой жизни в социуме детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития / И.Н. Миненкова // Весті БДПУ. Серыя 1, Педагогіка, псіхалогія, філалогія. – 2011. – № 3. – С. 10–14.

98. Миронов, О.О. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ombudsman.gov.ru>.

99. Михайлова, Е.Н. Роль семьи в социальной адаптации детей с церебральными параличами / Е.Н. Михайлова // Спецыяльная адукацыя. – 2010. – № 3. – С. 68–76.

100. Михайлова, Е.Н. Использование индивидуальной программы в обеспечении социальной адаптации ребенка с церебральным параличом / Е.Н. Михайлова // Специальное образование: традиции и инновации: статьи участников III Международной научно-практической интернет-конференции (г. Минск, 20 марта – 20 апреля 2012. г) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://itdsel.bspu.unibel.by/>. – Дата доступа: 13.11.2012.

101. Мозжалова, Ю.В. Формирование навыков социального взаимодействия у людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Ю.В. Мозжалова. – М., 2007 – 182 с.

102. Мудрик, А.В. Социальная педагогика: учеб. для студ. пед. вузов / А.В. Мудрик; под ред. В.А. Слостенина. – 4-е изд., доп. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 200 с.

103. Набокова, Л.А. Современные ассистивные устройства для лиц с нарушениями двигательного аппарата / Л.А. Набокова // Дефектология, 2009. – № 4. – С. 73–80.

104. Наумов, А.А. Педагогические условия формирования социально-бытовых навыков у детей со спастическими формами ДЦП [Электронный ресурс]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / А.А. Наумов. – М.: РГБ, 2005.

105. Нирье, Б. Принцип нормализации и службы по уходу за людьми с интеллектуальными нарушениями // Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями; под ред. К. Грюневальда. – СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2003. – С. 61–95.

106. Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями: пособие для учителей, психологов и родителей детей с ограниченными возможностями / А.Н. Коношлева [и др.]; науч. ред. Т.Л. Лещинская. – Минск: НИО, 2005. – 260 с.

107. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособие для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.; науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – 2-е изд. – Минск: УО «БГПУ им. М.Танка», 2008. – 144 с.

108. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с неравнозначными возможностями социализации: информационно-методический сборник / сост. С.Г. Ярикова, Н.А. Максимова. – Волгоград: Изд-во ВГПУ «Перемена», 2007. – 301 с.

109. Основы специальной психологии: учеб. пособие /Л.В. Кузнецова [и др.]; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 480 с.

110. Педагогика современной школы: Основы педагогики. Дидактика: учеб.-метод. пособие / И.И. Цыркун [и др.]; под общ. ред. И.И. Цыркуна. – Минск: БГПУ, 2012. – 516 с.

111. Питерси, М. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Кн. 7: Самообслуживание и социальные навыки. – / М. Питерси, Р. Трилор при участии Сью Кернс. – 2-е изд. – В 8 кн. – М.: Ассоциация Даун синдром. 2001. – 80 с.

112. Положение о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: постановление Министерства образования Респ. Беларусь, 16 авг. 2011 г., №233 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://uomoik.gov.by/page/spezialnoe-obrazovanie.aspx>. – Дата доступа: 29.01.2013.

113. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2002 г. № 61 «Об утверждении инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности».

114. Приходько, О.Г. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни: метод. пособие / О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева. – 2-е изд. – М.: Издательство «Экзамен», 2004. – 96 с.

115. Приходько, О.Г. Коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста, страдающими церебральным параличом [Электронный ресурс]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / О.Г. Приходько. – М.: РГБ, 2003.

116. Психологические исследования общения / В.А. Кольцова [и др.]; отв. ред.: Б.Ф. Ломов. – Акад. наук СССР, Ин-т психологии. – М.: Наука, 1985. – 344 с.

117. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов: учебное пособие; под ред. С.М. Безух и С.С. Лебедевой. – СПб.: Речь, 2006. – 112 с.

118. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: пособие для учителя-дефектолога; под ред. Л.М. Шипицыной. – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 528 с.

119. Радионова, В.И. Примерное содержание индивидуальной коррекционно-образовательной программы / В.И. Радионова // Методические аспекты социализации детей с особенностями психофизического развития: пособие для педагогов спец. учреждений образования / Т.Л. Лещинская [и др.]; под ред. А.Н. Коноплевой. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2009. – 192 с. – С. 173–179.

120. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга; под общ. ред. Г.Е. Ивановой [и др.]. – М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. – 640 с.

121. Репина, Н.В. Основы клинической психологии / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

122. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.

123. Сборник программ для центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Основы жизнедеятельности. Коммуникация. Сенсомоторное обучение. Предметно-практическая деятельность. Музыкально-ритмические занятия. Изобразительная деятельность. Адаптивная физическая культура. 1–4 классы. Практическая математика. 2–4 классы. – Минск: Народная асвета, 2007.

124. 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.

125. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.

126. Скрипниченко, В.В. Адаптивная образовательная среда как условие формирования коммуникативных навыков у учащихся с множественными нарушениями развития: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / В.В. Скрипниченко. – Астрахань, 2006 – 176 с.

127. Слепович, Е.С. Понятие «социализация» и психологическая структура интеллектуальной недостаточности / Е.С. Слепович, А.М. Поляков // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы Междунар. науч. конф. / Минск: УП «Гама-5», 2003. – С. 161–165.

128. Слепович, Е.С. Практико-ориентированный подход к анализу отклонений в психофизическом развитии ребенка / Е.С. Слепович, А.М. Поляков // Веснік БДУ. Серыя 3. Гісторыя, філасофія, псіхалогія. – 2009. – № 1. – С. 72–79.

129. Смычѣк, В.Б. Синдром социальной компенсации как новое понятие в медико-социальной экспертизе граждан Республики Беларусь / В.Б. Смычѣк, И.Е. Полюянова, Г.С. Северин // Медицинские новости. – 2010. – №12. – С. 6–9.

130. Социальная реабилитация инвалидов с умственной отсталостью: обучение основным социальным навыкам / О.В. Балабина [и др.]; под ред. Р.И. Кравченко – Киев, 2007. – 336 с.

131. Сорокин, В.М. Специальная психология: учеб. пособие / под научн. ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.

132. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Академия, 2001. – 312 с.

133. Специальная педагогика: учеб. пособие: в 3 т. / под ред. Н.М. Назаровой. Общие основы специальной педагогики. – М.: «Академия», 2008. Т. 2. – 352 с.

134. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксѣнова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Изд. центр «Академия», 2001. – 400 с.

135. Стребелева, Е.А. Варианты индивидуальной программы воспитания и коррекционно-развивающего обучения ребёнка раннего возраста

с психофизическими нарушениями / Е.А. Стребелева, М.В. Браткова // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 80–85.

136. Суворов, А.В. Саморазвитие личности в экстремальной ситуации слепоглухоты: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / А.В. Суворов. – Рос. акад. образования, Психол. ин-т. – М., 1994.

137. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: Практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. – М.: Гном и Д, 2000. – 63 с.

138. Токарская, Л.В. Обзор подходов к классификации сложных нарушений / Л.В. Токарская // Актуальные вопросы модернизации российского образования / материалы VII-ой Международной научно-практической конференции (Таганрог, 31 января 2011 г.). Сборник научных трудов / под научн. ред. доктора педагогических наук, профессора Г.Ф. Гребенщикова. – М.: Изд-во Перо, 2011. – 560 с.

139. Учебные программы для центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. 5–9 классы. – Минск: Народная асвета, 2008. – 190 с.

140. Финни, Н.Р. Уход за ребенком с церебральным параличом: Книга для родителей [пер. с англ.] / Н.Р. Финни. – Минск: Минсктиппроект, 2003. – 256 с.

141. Фишер, Э. Планы и разделы учебной программы для детей с особенностями в интеллектуальном развитии / Э. Фишер. – Минск: Белорусский Экзархат – Белорусской православной церкви, 1999. – 256 с.

142. Хитрюк, В.В. Основы обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития: вопросы и ответы: учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования / В.В. Хитрюк. – Барановичи: РИО БарГУ, 2011. – 198 с.

143. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация: учеб. пособие / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2003. – 340 с.

144. Хольц, Р. Помощь детям с церебральным параличом / Ренате Хольц [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.litmir.net/br/?b=138906&p=1>
Дата доступа: 13.11.2012.

145. Хуторской, А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно ориентированной парадигмы образования / А.В. Хуторской // Народное образование. – 2003. – № 2. – С. 58–64.

146. Царёв, А.М. Система педагогической помощи лицам с тяжёлым и множественными нарушениями развития: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / А.М. Царёв. – Санкт-Петербург, 2005.

147. Чечет, В.В. Семья и учреждения, обеспечивающие дошкольное образование: взаимодействие в интересах ребёнка / В.В. Чечет, Т.М. Коростелёва. – Минск: Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2004. – 116 с.

148. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учеб. пособие / И.А.Шаповал. – М: Сфера, 2005. – 320с.

149. Шаринец, Н.С. Пути совершенствования коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими тяжёлые и множественные нарушения развития / Н.С. Шаринец // Содержательные, процессуальные и лингвистические проблемы теории и практики подготовки специалистов для начальной школы, дошкольных и специальных учреждений: сборник трудов преподавателей факультета дошкольного и начального образования / Министерство образования Республики Беларусь, Мозырский государственный педагогический университет им. И.П. Шамякина; редкол.: Б.А. Крук (ответственный редактор) [и др.]. – Мозырь, УО МГПУ им. И.П. Шамякина, 2011. – С. 177–186.

150. Шаринец, Н.С. Изучение уровня сформированности социально-бытовой компетенции учащихся с тяжёлыми и множественными нарушениями развития / Н.С. Шаринец // Международная научно-практическая интернет-конференция «Формирование личности ребенка с особыми потребностями в условиях меняющегося мира» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://itdsel.bspu.unibel.by/> Дата доступа: 13.11.2012.

151. Шевченко, С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: Организационно-педагогические аспекты / С.Г. Шевченко. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 136 с.

152. Шинкаренко, В.А. Диагностика и формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового и ручного труда у умственно ограниченных детей / В.А. Шинкаренко. – Минск: Открытые двери, 1997. – 23 с.

153. Шипицина, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта / Л.М. Шипицина. – 2-е изд., перераб. и дополн. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.

154. Шипицина, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

155. Шипицына, Л.М. Развитие навыков общения у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: пособие для учителя / Л.М. Шипицына. – СПб: Изд-во «Союз», 2004. – 336 с.

156. Шоплер, Э. Поддержка детей с аутистическими нарушениями от 0 до 6 лет: сборник упражнений для специалистов и родителей / Эрик Шоплер, Маргарет Ланзинг, Лезли Ватерс.– Минск: Медисонт, 2009. – 200 с.

157. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью: обучение и воспитание / О. Шпек; пер. с нем. А.П. Голубева; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 432 с.

158. Штрасмайер, В. Обучение и развитие ребёнка раннего возраста: учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / В. Штрасмайер; пер. с нем. А.А. Михлина, Н.М. Назаровой. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 240 с.

159. Электронный ресурс: <http://www.academy.edu.by/>

160. Электронный ресурс: <http://www.asabliva.by/>

161. Электронный ресурс: <http://instruktordoma.deal.by/articles>

162. Электронный ресурс: www.intermedservice.ru/ru/_voelker_mis.pdf

163. Электронный ресурс: http://www.mintrud.gov.by/ru/min_progs

164. Электронный ресурс: <http://neuroreha.ru/methods/metodika-perfetti/>

165. Электронный ресурс: <http://www.portage.org.uk/>

166. Электронный ресурс: <http://suvorov.reability.ru/>

167. Электронный ресурс: <http://ru.wikipedia.org/wiki>

168. Электронный ресурс: www.voelker.de

169. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.

170. Schwarte, Norbert: LEWO : Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung ; ein Instrument zur Qualitätsentwicklung ; ein Handbuch der Bundesvereinigung Lebenshilfe /Norbert Schwarte; Ralf Oberste-Ufer. [Hrsg.: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V.]. – 1. Aufl. – Marburg: Lebenshilfe-Verl., 1997 – 416 с.

Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

на примере отдельных клинических случаев

(материалы статьи: Антонова, Л.В. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в клинической практике / Л.В. Антонова, Е.В. Клочкова // Актуальные вопросы реабилитологии и эрготерапии: материалы II Международной конференции. – Санкт-Петербург, 29.10.03 г.; под ред. чл.-корр. РАМН, проф. А.В. Шаброва, проф. В.Г. Мамуйлова, проф. Л.П. Зуевой. – СПб, СПбГМА, 2003.)

Клинический случай 1.

Мотя, мальчик 3-х лет, с церебральным параличом, достаточно успешно прогрессирует в двигательном развитии. Сейчас он может ходить на небольшие расстояния, толкая перед собой коляску.

Семья обратилась для консультации в Институт раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург) с вопросом, как можно ускорить освоение Мотей самостоятельной ходьбы. При наблюдении за ребенком специалист по физической реабилитации выявил выраженное переразгибание (рекурвация) коленных суставов и их нестабильность. При неизменном характере нагрузки на суставы такое нарушение чревато прогрессированием нестабильности сустава, а в дальнейшем, возможно, формированием подвывиха коленных суставов. Для обсуждения с родителями возможной тактики ведения специалисты Института раннего вмешательства (Антонова Л.В., Клочкова Е.В.) использовали МКФ (схема 1)

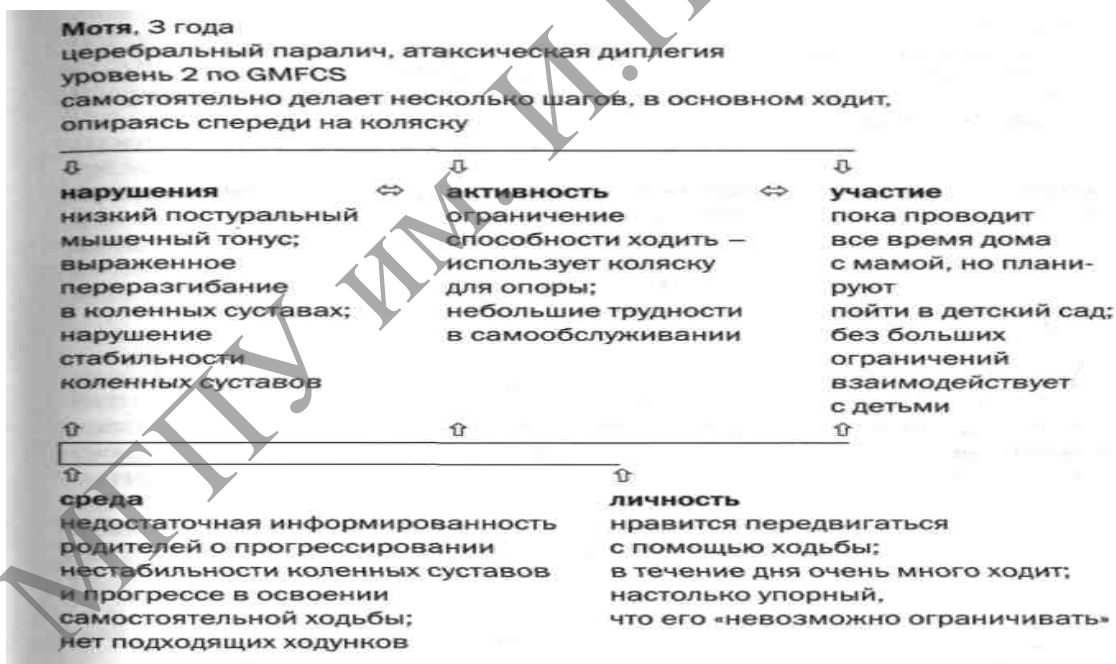


Схема 1 – Клинический случай 1, представленный в формате МКФ

На схеме 1 представлено описание основных особенностей случая, которое специалисты использовали для анализа сложившейся ситуации. Основное внимание уделялось тому, как выбранный Мотей способ передвижения (опора спереди на коляску) способствует прогрессированию переразгибания в коленных суставах. Выбирая модель

ходунков и рекомендуя ортезы, ограничивающие рекурвацию, специалист по физической реабилитации стремился не только контролировать прогрессирование нестабильности суставов, но и не ограничивать способности ребенка передвигаться с помощью ходунков. Кроме этого, подбирали такие ходунки, использование которых способствовало бы тренировке равновесия в положении стоя. В результате ребенку были рекомендованы заднеопорные ходунки и использование ортезов для коленных суставов.

Клинический случай 2

Антоша, мальчик 4 лет со множественными нарушениями. Кроме тяжелых двигательных нарушений (тяжелый спастический тетрапарез) у него значительные нарушения зрения (частичная атрофия зрительных нервов и выраженные зрительные нарушения коркового характера), значительное отставание в когнитивном развитии, симптоматическая эпилепсия. У мальчика имеются выраженные нарушения функции эвакуации мокроты, нарушения ритма дыхания и снижение объема дыхания. В связи с этим у Антоши частые респираторные инфекции, в течение дня мама от 3 до 8 раз пользуется электроотсосом для эвакуации мокроты.

Специалисты проанализировали состояние ребенка в формате МКФ, в ходе чего были выявлены следующие нарушения и ограничения жизнедеятельности (схема 2).

Антоша, 4 года

Множественные нарушения развития. Спастический тетрапарез тяжелой степени. Выраженное отставание в когнитивном развитии. Частичная атрофия зрительных нервов. Симптоматическая эпилепсия с частыми пропульсивными припадками.

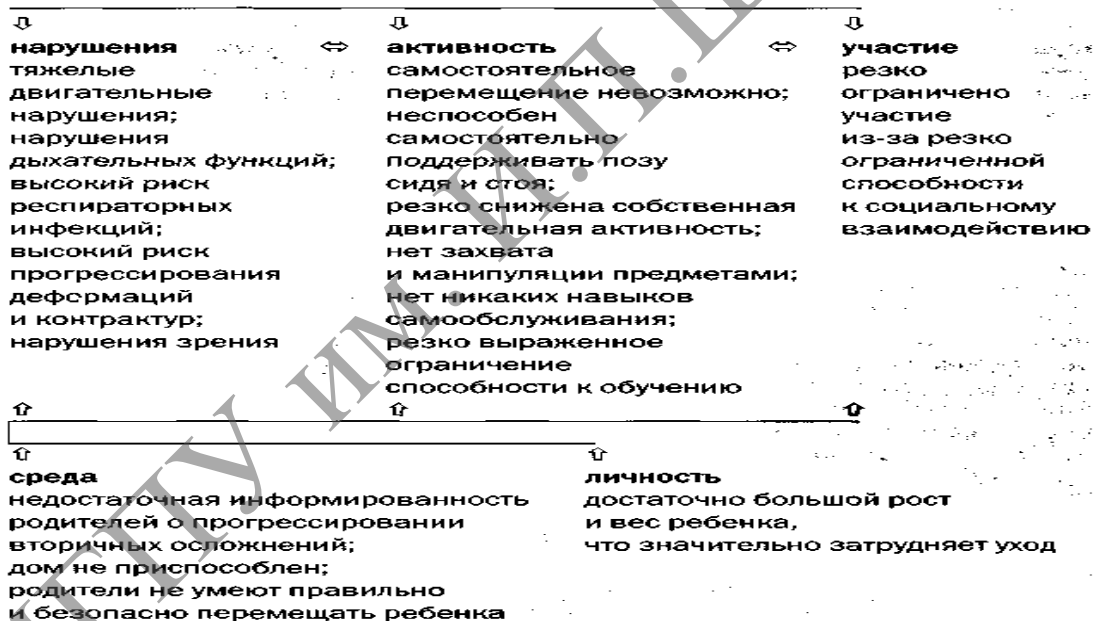


Схема 2 – Клинический случай 2, представленный в формате МКФ

Рассмотрение случая 2 в формате МКФ позволяет выделить связанные между собой нарушения, ограничения жизнедеятельности и факторы среды, которые влияют на риск развития вторичных осложнений. В результате вмешательство специалиста по физической реабилитации было основано на обучении родителей, которое проходило в домашней обстановке и было направлено на освоение техник правильного позиционирования и перемещения ребенка. Кроме этого, достаточно много времени уделялось адаптации домашней обстановки.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Положение о ЦКРОиР

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства
образования
Республики Беларусь
16.08.2011 № 233

ПОЛОЖЕНИЕ

о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Положение определяет цели, задачи и порядок функционирования центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее – ЦКРОиР).

2. ЦКРОиР – учреждение специального образования, в котором реализуются образовательная программа специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью, образовательная программа специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью, программа воспитания и защиты прав и законных интересов детей, находящихся в социально опасном положении, а также могут реализовываться образовательная программа дополнительного образования детей и молодежи, программа воспитания детей, нуждающихся в оздоровлении.

3. ЦКРОиР может быть государственным и частным. ЦКРОиР создается в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь. Решение о реорганизации и ликвидации государственного ЦКРОиР принимается его учредителем по согласованию с Министерством образования Республики Беларусь.

4. ЦКРОиР является юридическим лицом и осуществляет свою деятельность на основании Конституции Республики Беларусь, Кодекса Республики Беларусь об образовании, настоящего Положения, иных актов законодательства Республики Беларусь, устава, утверждаемого учредителем.

5. ЦКРОиР в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, обеспечивает:

организацию питания для обучающихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями;
охрану здоровья обучающихся с особенностями психофизического развития;
подвоз на специально оборудованном транспорте от места жительства (места пребывания) к месту учебы и обратно обучающихся с особенностями психофизического развития.

6. ЦКРОиР имеет право осуществлять экспериментальную и инновационную деятельность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7. ЦКРОиР имеет право осуществлять международное сотрудничество в сфере образования в соответствии с законодательством Республики Беларусь и международными соглашениями.

8. Виды деятельности, для осуществления которых требуется специальное разрешение (лицензия), осуществляются на основании специальных разрешений (лицензий), выдаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

9. ЦКРОиР ведет архивные дела и делопроизводство в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

В своей работе ЦКРОиР использует отдельные документы, образующиеся в деятельности ЦКРОиР, типовые формы которых утверждаются Министерством образования Республики Беларусь.

ГЛАВА 2

ЗАДАЧИ И ФУНКЦИИ ЦКРОИР

10. ЦКРОиР обеспечивает создание комплексной системы психолого-медико-педагогической помощи лицам с особенностями психофизического развития и осуществляет образовательную, в том числе в рамках оказания ранней комплексной помощи детям в возрасте до трех лет, коррекционно-педагогическую, диагностическую, социальную, методическую, консультативную и информационно-аналитическую деятельность, оказание психологической помощи.

11. ЦКРОиР на территории соответствующей административно-территориальной единицы в сфере специального образования решает следующие задачи:

своевременное выявление лиц с особенностями психофизического развития и их психолого-медико-педагогическое обследование;

реализация образовательной программы специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью и образовательной программы специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью;

реализация программ ранней комплексной помощи;

охрана, защита и укрепление физического и психического здоровья обучающихся, проведение оздоровительных мероприятий;

социальная реабилитация лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, предоставление им равных возможностей для активного участия в социокультурной жизни общества, формирование и развитие необходимых умений и способностей для максимально возможной самостоятельной жизни;

реализация образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи в объединениях по интересам или индивидуально;

создание и ведение государственными ЦКРОиР банка данных о детях с особенностями психофизического развития;

методическая помощь педагогическим работникам при реализации образовательных программ специального образования в учреждениях дошкольного и общего среднего образования;

социально-педагогическая поддержка и психологическая помощь обучающимся, их законным представителям в гармонизации семейных отношений, формировании правильной оценки и положительных установок на перспективы развития возможностей и жизненного самоопределения лиц с особенностями психофизического развития;

консультирование обучающихся с особенностями психофизического развития, их законных представителей, педагогических работников по вопросам развития, обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития;

координация деятельности в сфере специального образования государственными ЦКРОиР на территории соответствующей административно-территориальной единицы;

информационно-просветительская деятельность с целью формирования позитивного общественного мнения и толерантного отношения к лицам с особенностями психофизического развития.

12. С целью достижения поставленных задач ЦКРОиР в соответствии с законодательством Республики Беларусь реализует следующие функции:

- организует образовательный процесс;
- осуществляет диагностическую деятельность (государственный ЦКРОиР);
- оказывает коррекционно-педагогическую помощь лицам с особенностями психофизического развития и осуществляет работу по социальной реабилитации лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями;
- оказывает раннюю комплексную помощь;
- осуществляет консультативную и методическую деятельность;
- создает и ведет банк данных о детях с особенностями психофизического развития (государственный ЦКРОиР), осуществляет информационно-аналитическую деятельность на территории соответствующей административно-территориальной единицы;
- оказывает социально-педагогическую поддержку и психологическую помощь лицам с особенностями психофизического развития и их законным представителям;
- проводит экспериментальную и инновационную деятельность;
- организует обучение и воспитание лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, которым по медицинским показаниям рекомендовано получение специального образования на дому;
- проводит мероприятия, направленные на обеспечение преемственности перехода выпускников ЦКРОиР в территориальные центры социального обслуживания населения.

13. Областной (города Минска) ЦКРОиР, исходя из существующих условий, может выполнять все или отдельные функции, определенные в пункте 12 настоящего Положения, и дополнительно осуществляет:

психолого-медико-педагогическое обследование лиц с особенностями психофизического развития при отсутствии районного (городского) государственного ЦКРОиР по месту жительства лица с особенностями психофизического развития, при переводе ребенка с особенностями психофизического развития из числа детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей, из организации здравоохранения в учреждение образования, по желанию законного представителя в случае его несогласия с заключением районного (городского), районного в городе ЦКРОиР, в учреждении социального обслуживания, создавшем условия для получения специального образования лицами с особенностями психофизического развития, находящимися в учреждении социального обслуживания;

взаимодействие с организациями здравоохранения и учреждениями социального обслуживания, создавшими условия для получения специального образования лицами с особенностями психофизического развития;

методическую деятельность с педагогическими работниками районных (городских), районных в городе ЦКРОиР по вопросам обучения и воспитания лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, совершенствования профессиональной компетенции в области психолого-медико-педагогического обследования лиц с особенностями психофизического развития, оказания ранней комплексной помощи;

информационное обеспечение по вопросам специального образования на территории соответствующей административно-территориальной единицы.

ГЛАВА 3 СТРУКТУРА ЦКРОИР

14. ЦКРОиР формирует свою структуру в соответствии с законодательством Республики Беларусь и уставом.

15. ЦКРОиР может иметь в своей структуре обособленные подразделения (филиалы) и структурные подразделения.

16. ЦКРОиР может иметь учебно-опытный участок (хозяйство), учебно-производственные мастерские и иные структурные подразделения, положения о которых утверждаются руководителем ЦКРОиР и деятельность которых обеспечивает реализацию целей и задач, стоящих перед ЦКРОиР.

17. Учебно-опытный участок (хозяйство), учебно-производственная мастерская создаются в целях осуществления элементарной трудовой подготовки учащихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, в процессе которой у них формируются трудовые навыки и умения, необходимые для самостоятельной жизни и социализации, реализации образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи.

ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

18. В государственный ЦКРОиР, координирующий деятельность в сфере специального образования на территории соответствующей административно-территориальной единицы, представляются организациями здравоохранения при наличии клинического диагноза с признаками явных физических и (или) психических нарушений и с согласия законного представителя ребенка сведения о ребенке с особенностями психофизического развития.

19. Целью диагностической деятельности государственного ЦКРОиР является своевременное выявление детей с особенностями психофизического развития и их индивидуальных потребностей в получении образования путем проведения психолого-медико-педагогического обследования. Для проведения психолого-медико-педагогического обследования детей с особенностями психофизического развития создается психолого-медико-педагогическая комиссия (далее – комиссия).

20. Психолого-медико-педагогическое обследование проводится с согласия и в присутствии законных представителей детей с особенностями психофизического развития.

Для проведения психолого-медико-педагогического обследования законным представителем представляются следующие документы:

выписка из медицинских документов;
медицинская справка о состоянии здоровья (с указанием наличия или отсутствия психиатрического учета);

педагогическая характеристика, представляемая учреждением (организацией), в котором обучается или воспитывается ребенок.

21. В ходе психолого-медико-педагогического обследования устанавливаются структура и степень тяжести физического и (или) психического нарушения у ребенка в соответствии с психолого-педагогической классификацией путем:

изучения характера протекания психических процессов и сущности индивидуально-психологических особенностей ребенка;

выявления вторичных по своей природе нарушений, которые могут быть причиной трудностей в обучении, определяются их причины;

определения соответствия (или несоответствия) актуального развития регуляторной сферы, познавательной деятельности и поведения условно-нормативному развитию;

оценки уровня освоения содержания образовательных программ и сформированности основных социальных навыков;

определения путей компенсации имеющегося нарушения, потенциальных возможностей и перспектив для интеграции ребенка в общество.

22. Результаты психолого-медико-педагогического обследования заносятся в протокол обследования, который подписывается руководителем ЦКРОиР, членами комиссии. Комиссия после коллегиального обсуждения результатов психолого-медико-педагогического обследования составляет заключение ЦКРОиР, содержащее:

описание структуры и степени тяжести физического и (или) психического нарушения;

рекомендации об обучении и воспитании лица с особенностями психофизического развития по образовательным программам специального образования, оказании коррекционно-педагогической помощи или о создании ему специальных условий для получения профессионально-технического, среднего специального, высшего или дополнительного образования.

На заключении ЦКРОиР в письменной форме оформляется согласие (несогласие) законного представителя с рекомендациями об обучении и воспитании лица с особенностями психофизического развития по образовательной программе специального образования.

Отказ законного представителя оформляется в письменной форме в заключении ЦКРОиР и подписывается этим законным представителем и руководителем государственного ЦКРОиР, а в случае отказа законного представителя поставить подпись – и членами комиссии.

23. В рамках диагностической деятельности ЦКРОиР с согласия законных представителей проводит в учреждениях дошкольного и общего среднего образования предварительное обследование обучающихся с целью выявления нуждающихся в коррекционно-педагогической помощи. По результатам проведенного обследования оформляется заключение ЦКРОиР на каждого обучающегося, нуждающегося в коррекционно-педагогической помощи, которое направляется в учреждение дошкольного образования и (или) в учреждение общего среднего образования.

ГЛАВА 5

ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА В ЦКРОИР И ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

24. В ЦКРОиР осуществляется обучение и воспитание лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

25. Вопросы организации образовательного процесса в ЦКРОиР (формы организации, организация обучения по четвертям, продолжительность каникул, наполняемость групп, классов, аттестация обучающихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями) регулируются в соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании.

Исходя из существующих условий, учредитель может устанавливать меньшую наполняемость класса, группы в ЦКРОиР.

26. В класс, группу ЦКРОиР принимаются обучающиеся на основании следующих документов:

- заявления законного представителя воспитанника;
- медицинской справки о состоянии здоровья;
- заключения ЦКРОиР.

27. Образовательный процесс в ЦКРОиР организуется в режиме 5-дневной учебной недели. Время пребывания обучающихся определяется учредителем ЦКРОиР в соответствии с запросами законных представителей воспитанников и может составлять от 6 до 8 часов, 9–10,5 часов, 12 часов.

В исключительных случаях по решению учредителя время пребывания обучающихся в ЦКРОиР может составлять 24 часа.

28. Образовательный процесс при реализации образовательной программы специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью осуществляют учитель-дефектолог (олигофренопедагог) и воспитатель в соответствии с учебным планом ЦКРОиР для воспитанников с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

29. При организации образовательного процесса учебные занятия в группе проводят:

учитель-дефектолог – по образовательным областям «Коммуникация», «Сенсорная стимуляция», «Предметная деятельность», «Игра»;

воспитатель – по образовательным областям «Самообслуживание», «Я и мир», «Изобразительная деятельность».

30. Учебные занятия по образовательным областям «Музыкально-ритмические занятия», «Адаптивная физкультура» проводятся музыкальным руководителем, руководителем физического воспитания с группой воспитанников. В целях обеспечения максимальной индивидуализации и коррекционной направленности образовательного процесса наряду с музыкальным руководителем, руководителем физического воспитания занятие проводит воспитатель.

31. Коррекционные занятия с воспитанниками проводятся учителем-дефектологом.

Коррекционная работа по развитию моторики, формированию и закреплению навыков самообслуживания у воспитанников проводится учителем-дефектологом как индивидуально, так и во время выполнения воспитанниками гигиенических процедур, приема пищи, одевания на прогулку и другой деятельности, предусмотренной режимом дня, а также на музыкально-ритмических занятиях и занятиях по адаптивной физкультуре.

32. В первый класс ЦКРОиР принимаются дети, которым на 1 сентября исполнилось 8 лет, в исключительных случаях дети старше 8 лет, которые ранее нигде не обучались.

33. В случае, если невозможно укомплектовать класс учащимися одного года обучения, допускается включение в состав объединенного класса учащихся I–V классов или учащихся V–IX классов. Общая численность учащихся в таком классе не должна превышать 6 человек. При этом объем учебных часов устанавливается по наибольшему объему часов, предусмотренных учебным планом, который реализуется в классе.

34. Коррекционные занятия по учебному плану ЦКРОиР для учащихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводит учитель с группой учащихся или индивидуально по отдельному расписанию.

Для проведения коррекционных занятий класс делится на группы при наполняемости класса не менее 4 учащихся. Группы формируются с учетом возраста учащихся, характера и степени тяжести имеющихся физических и (или) психических нарушений.

35. Количество часов, отводимых на проведение коррекционных занятий, может перераспределяться в зависимости от индивидуально-типологических особенностей учащихся, их возраста и состава коррекционных занятий, которые определены в учебном плане ЦКРОиР для учащихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Решение о перераспределении часов, отводимых на проведение коррекционных занятий, принимается педагогическим советом ЦКРОиР.

36. Для проведения музыкально-ритмических занятий с воспитанниками и учащимися в ЦКРОиР предусматриваются аккомпаниаторские часы (100% учебного времени).

37. В ЦКРОиР для обучающихся организуются объединения по интересам исходя из их возможностей, желаний и состояния здоровья. Объединения по интересам могут быть одновозрастными и разновозрастными.

38. Для обучающихся, которые переводятся с условий получения специального образования на дому на обучение в ЦКРОиР или для которых впервые организуется образовательный процесс в условиях ЦКРОиР, по решению психолого-медико-педагогической комиссии предусматривается период адаптации от 1 до 3 месяцев. Период адаптации позволяет минимизировать страх, напряжение и психологический дискомфорт у лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями и постепенно подготовить их к обучению в новом коллективе сверстников и взрослых. Режим пребывания обучающихся на период адаптации определяется уставом и согласуется с законным представителем. Содержание обучения и перечень мероприятий на период адаптации определяются индивидуальной учебной программой, которая разрабатывается и утверждается руководителем ЦКРОиР.

39. Срок получения образования в ЦКРОиР составляет 9 лет.

40. Выпускник ЦКРОиР, закончивший обучение, получает свидетельство о специальном образовании.

ГЛАВА 6

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

41. ЦКРОиР оказывает коррекционно-педагогическую помощь лицам, имеющим стойкие или временные трудности в усвоении содержания образовательной программы дошкольного образования, образовательных программ общего среднего образования.

42. Зачисление лиц с особенностями психофизического развития для получения коррекционно-педагогической помощи осуществляется по результатам диагностической деятельности государственного ЦКРОиР и на основании заявления их законных представителей.

43. Коррекционно-педагогическая помощь направлена на исправление или ослабление психических и (или) физических нарушений, активизацию познавательной деятельности, развитие мотивационной и эмоционально-волевой сфер, формирование навыков общения, общих способностей к учению, что в целом обеспечивает профилактику неблагоприятного хода развития личности обучающегося.

44. Коррекционно-педагогическая помощь оказывается учителем-дефектологом в форме коррекционных занятий индивидуально, с группой или подгруппой лиц с особенностями психофизического развития.

В группы объединяются лица с особенностями психофизического развития со сходными нарушениями и, как правило, одного возраста.

В зависимости от характера нарушения развития могут быть сформированы следующие группы для лиц:

- с нарушениями речи;
- с нарушением слуха;
- с нарушениями зрения;
- с нарушениями психического развития (трудностями в обучении).

Для лиц с аутистическими нарушениями и синдромом дефицита внимания и гиперактивностью показаны индивидуальные коррекционные занятия.

Наполняемость группы составляет 5–6 человек, подгруппы – 2–3 человека.

Коррекционные занятия проводятся по расписанию, утвержденному руководителем ЦКРОиР. Периодичность посещения занятий – 2–3 раза в неделю.

45. Содержание коррекционных занятий определяется документом, в котором отражаются цели, задачи, приемы и средства коррекционно-педагогической помощи и который утверждается руководителем ЦКРОиР.

46. Отчисление обучающихся с особенностями психофизического развития из ЦКРОиР может проводиться в течение года в случае, если нарушение развития исправлено или сформированы компенсаторные способности, приведшие к ослаблению выявленного нарушения развития.

47. Работу по социальной реабилитации лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводят педагогические, медицинские и иные работники ЦКРОиР с целью социальной адаптации, улучшения качества жизни, формирования необходимых способностей, умений и навыков у лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, обеспечивающих им максимально возможную независимость и самостоятельность в жизни.

48. Социальная реабилитация лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями осуществляется посредством организации их творческой деятельности, физкультурно-оздоровительных мероприятий, расширения социальных связей, мероприятий по восстановлению и (или) компенсации утраченных или нарушенных функций организма, иных видов социальной реабилитации.

49. Социальная реабилитация лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями включает комплекс мероприятий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, уровня самообслуживания, общения и создания оптимальных условий для их интеграции в общество:

- эрготерапевтические мероприятия по подбору и индивидуальной адаптации технических средств социальной реабилитации;
- мероприятия по развитию творчества, физической культуры, организации культурного досуга.

Мероприятия по развитию и совершенствованию физических и двигательных качеств лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями осуществляются путем проведения массажа, лечебной физкультуры, гидрокинезотерапии, физиотерапевтических процедур и другого.

50. Работа по физической реабилитации лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводится инструктором-методистом по физической реабилитации (инструктором по лечебной физкультуре).

ГЛАВА 7 РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ

51. В ЦКРОиР осуществляется оказание ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет. Ранняя комплексная помощь включает выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребенка с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет с психолого-педагогическим сопровождением в семье или ЦКРОиР.

52. Ранняя комплексная помощь проводится при тесном взаимодействии с организациями здравоохранения с максимальным сокращением разрыва между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленного обучения и воспитания ребенка с особенностями психофизического развития. Комплексность помощи обеспечивается организацией педагогической, медицинской, социальной, психологической и иных видов помощи.

53. Для оказания ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет в ЦКРОиР создается кабинет ранней комплексной помощи.

В кабинете создается адаптивная образовательная среда в соответствии с санитарными нормами, правилами и гигиеническими нормативами применительно к детям в возрасте до трех лет, которая обеспечивает им разнообразный сенсорный опыт, активность в движении, игре, предметно-практической деятельности.

54. В соответствии с пунктом 15 статьи 279 Кодекса Республики Беларусь об образовании содержание работы по оказанию ранней комплексной помощи определяется программой ранней комплексной помощи, которая является основанием для разработки ЦКРОиР индивидуальных программ ранней комплексной помощи.

55. Реализацию программы ранней комплексной помощи осуществляют педагогические, медицинские и иные работники ЦКРОиР при ведущей роли учителя-дефектолога по плану, в котором отражается перечень мероприятий, их цель, срок реализации, расписание занятий, ответственный исполнитель, планируемый результат. План работы составляется на основе индивидуальной программы ранней комплексной помощи и утверждается руководителем ЦКРОиР.

Форма учета проведенных занятий и мероприятий, критерии оценки достижения поставленных целей и эффективности реализации индивидуальной программы ранней комплексной помощи утверждаются руководителем ЦКРОиР.

56. Индивидуализированное обучение ребенка с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет с психолого-педагогическим сопровождением в семье проводится с периодичностью 2–3 раза в месяц и включает:

- занятие непосредственно с ребенком;
- консультирование законных представителей об индивидуальных особенностях ребенка и тех условиях, которые необходимы для его оптимального развития по мере взросления ребенка;
- обучение законных представителей эффективным и доступным приемам взаимодействия с ребенком и способам ухода за ним;
- оказание социально-педагогической поддержки и психологической помощи семье.

Общая продолжительность занятия составляет 1 час.

57. В ЦКРОиР проводятся индивидуальные занятия с детьми с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет при обязательном присутствии законных представителей с периодичностью 2–3 раза в неделю.

58. В ЦКРОиР могут открываться группы для детей с особенностями психофизического развития старше двух лет по возможности со сходными нарушениями. В группе устанавливается гибкий режим функционирования 2–5 раз в неделю с временем пребывания детей до 4 часов в день. Наполняемость группы составляет 2–4 человека.

Режим функционирования группы определяется учредителем ЦКРОиР в соответствии с запросами законных представителей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет.

ГЛАВА 8

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

59. В ЦКРОиР организуется консультативная деятельность с обучающимися с особенностями психофизического развития, их законными представителями, педагогическими работниками.

60. Консультирование обучающихся с особенностями психофизического развития проводится:

по запросу законного представителя;

при возникновении трудностей в обучении, межличностном взаимодействии со сверстниками;

после завершения реализации индивидуальной программы ранней комплексной помощи или завершения мероприятий по оказанию коррекционно-педагогической помощи;

при возникновении проблем относительно перспектив социализации, будущей профессиональной деятельности.

61. Консультативная деятельность, которая проводится с законными представителями лиц с особенностями психофизического развития, нацелена на повышение их осведомленности об индивидуальных особенностях обучающихся, гармонизацию детско-родительских отношений в семье, формирование у них готовности к активному участию в работе по оказанию коррекционно-педагогической помощи, а также на повышение ответственности за воспитание детей.

62. Консультативная деятельность с педагогическими работниками учреждений образования проводится по вопросам выявления трудностей в обучении у воспитанников и учащихся, осуществления педагогически обоснованного выбора форм, методов и средств обучения и воспитания при реализации образовательных программ специального образования, оказания коррекционно-педагогической помощи.

63. Для руководителей учреждений образования организуются консультации по вопросам интегрированного обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития, создания адаптивной образовательной среды, необходимой для освоения лицами с особенностями психофизического развития содержания соответствующих их возможностям образовательных программ специального образования, и условий для их социализации и полноценной интеграции в общество.

ГЛАВА 9

МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

64. ЦКРОиР осуществляет методическую деятельность с целью совершенствования педагогической компетентности и повышения профессионального уровня педагогических работников для успешной реализации задач, стоящих перед ЦКРОиР.

Содержание методической деятельности обеспечивает:

методическую помощь и поддержку педагогическим работникам в их работе с обучающимися с особенностями психофизического развития;

методическое сопровождение процесса самообразования педагогических работников и создание условий для их профессионального роста;

оказание практической помощи молодым специалистам в овладении педагогическим мастерством;

своевременное информирование и ознакомление педагогических работников о современном нормативном правовом и научно-методическом обеспечении специального образования;

сбор, накопление и систематизацию методических материалов, педагогических идей и разработок в области специального образования;

выявление и обобщение эффективного педагогического опыта по обучению и воспитанию лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

65. Методическая деятельность в ЦКРОиР проводится с целью расширения, обогащения профессиональных знаний, умений и навыков педагогических работников ЦКРОиР, а также с целью разработки индивидуальных учебных программ для лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, программ ранней комплексной помощи и методических рекомендаций по совершенствованию деятельности психолого-медико-педагогических комиссий.

66. Методическая деятельность по сопровождению интегрированного обучения и воспитания обучающихся с особенностями психофизического развития в учреждениях дошкольного и общего среднего образования, реализующих образовательные программы специального образования, включает оказание методической помощи педагогическим работникам в вопросах:

комплектования и распределения педагогической нагрузки в классах, группах интегрированного обучения и воспитания;

составления учебных планов специального образования на уровне дошкольного и общего среднего образования на текущий год, определения первоочередных задач коррекции физических и (или) психических нарушений применительно к каждому обучающемуся с особенностями психофизического развития;

осуществления динамического наблюдения за познавательным и личностным развитием обучающихся с особенностями психофизического развития в процессе обучения;

налаживания эффективного и дружественного взаимодействия и взаимопонимания между участниками образовательного процесса.

67. Областной (города Минска) ЦКРОиР дополнительно решает следующие задачи:

организует и проводит методическую деятельность на территории соответствующей административно-территориальной единицы с членами психолого-медико-педагогических комиссий, учителями-дефектологами, которые обеспечивают оказание ранней комплексной помощи, с заместителями директора по учебно-воспитательной работе районных, городских, районных в городе ЦКРОиР.

организует конференции, семинары, конкурсы, выставки и другие мероприятия по проблемам специального образования на территории соответствующей административно-территориальной единицы;

накапливает, систематизирует диагностический инструментарий, разрабатывает рекомендации по его использованию;

организует работу по изучению и обобщению эффективного педагогического опыта работы ЦКРОиР.

ГЛАВА 10

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

68. Социально-педагогическая поддержка и психологическая помощь направлены на предупреждение и разрешение психологических проблем, связанных с рождением в семье ребенка с особенностями психофизического развития, преодоление последствий кризисной для семьи ситуации, повышение психологической культуры и степени информированности законных представителей о возможностях специального образования и коррекционно-педагогической помощи.

69. Социально-педагогическая поддержка и психологическая помощь обеспечивают формирование у участников образовательного процесса толерантного отношения к лицам с особенностями психофизического развития, содействуют предупреждению и преодолению конфликтов между ними, помогают жизненному самоопределению лиц с особенностями психофизического развития и содействуют профилактике у них эмоциональных и поведенческих нарушений.

70. Оказание социально-педагогической поддержки и психологической помощи осуществляется в виде:

- психологической коррекции;
- консультирования;
- психологической профилактики;
- психолого-педагогического просвещения.

В рамках оказания социально-педагогической поддержки и психологической помощи проводится психологическая диагностика, реализуются мероприятия, направленные на обеспечение преемственности при переходе выпускников ЦКРОиР в территориальные центры социального обслуживания населения с целью предупреждения или максимального снижения психологического дискомфорта и создания благоприятных условий для их адаптации в новой жизненной ситуации.

ГЛАВА 11

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

71. Информационно-аналитическая деятельность ЦКРОиР обеспечивает анализ количественных и качественных показателей контингента лиц с особенностями психофизического развития, сети учреждений специального образования, классов, групп интегрированного обучения и воспитания, информационное обслуживание педагогических работников и законных представителей по актуальным проблемам специального образования на территории соответствующей административно-территориальной единицы.

72. Информационно-аналитическая деятельность направлена на решение следующих задач:

- создание и ведение банка данных о детях с особенностями психофизического развития в государственных ЦКРОиР;
- разработку на основании банка данных прогнозов потребности лиц с особенностями психофизического развития в специальном образовании и коррекционно-педагогической помощи, оптимизации сети учреждений специального образования, классов, групп интегрированного обучения и воспитания;
- сбор, накопление и систематизацию справочных и информационно-аналитических материалов;

информационно-просветительскую деятельность по актуальным проблемам специального образования на территории соответствующей административно-территориальной единицы.

73. Областной (города Минска) ЦКРОиР на территории соответствующей административно-территориальной единицы анализирует эффективность и качество деятельности районных, городских, районных в городе ЦКРОиР, охват лиц с особенностями психофизического развития специальным образованием и коррекционно-педагогической помощью, основные тенденции развития сети учреждений специального образования и процессов интегрированного обучения и воспитания для оперативного информирования местных исполнительных и распорядительных органов.

ГЛАВА 12 УПРАВЛЕНИЕ ЦКРОИР

74. Непосредственное управление государственным ЦКРОиР осуществляет директор, который назначается на должность на условиях трудового договора (контракта) и освобождается от занимаемой должности учредителем в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

75. Основным органом самоуправления ЦКРОиР является совет, который возглавляет директор. Компетенция, состав и организация деятельности совета ЦКРОиР определяются положением о совете учреждения образования, утверждаемым Министерством образования Республики Беларусь.

76. В ЦКРОиР создается педагогический совет и могут создаваться попечительский совет, родительский комитет, положения о которых утверждаются Министерством образования Республики Беларусь.

77. Структуру и штатное расписание ЦКРОиР утверждает директор ЦКРОиР в пределах выделенных финансовых средств.

78. Директор ЦКРОиР осуществляет прием на работу, подбор, расстановку и увольнение педагогических, медицинских и других работников, утверждает их должностные инструкции, издает приказы, заключает договоры, выдает доверенности, открывает счета в банках в пределах своей компетенции.

79. Трудовые отношения работников ЦКРОиР регулируются в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

80. Директор ЦКРОиР действует от имени ЦКРОиР без доверенности и несет ответственность за результаты своей деятельности.

81. Иные полномочия директора ЦКРОиР устанавливаются законодательством Республики Беларусь.

ГЛАВА 13 ФИНАНСИРОВАНИЕ И МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЦКРОИР

82. Финансирование государственного ЦКРОиР осуществляется за счет средств местного бюджета, средств учредителя, средств, полученных от приносящей доходы деятельности, безвозмездной (спонсорской) помощи юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и иных источников, не запрещенных законодательством.

83. Финансирование частного ЦКРОиР осуществляется за счет средств учредителя, средств, полученных от приносящей доходы деятельности, безвозмездной (спонсорской) помощи юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и иных источников, не запрещенных законодательством.

84. Оплата труда работников ЦКРОиР осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

85. Материально-техническая база ЦКРОиР формируется учредителем

в соответствии с требованиями, установленными законодательством Республики Беларусь, и включает земельные участки, здания, сооружения, помещения, кабинеты, оборудование, транспортные средства и иное имущество, необходимое для организации образовательного процесса и иной деятельности, предусмотренной настоящим Положением и уставом.

86. Директор ЦКРОиР несет ответственность перед учредителем за сохранность и эффективное использование закрепленного за ним имущества.

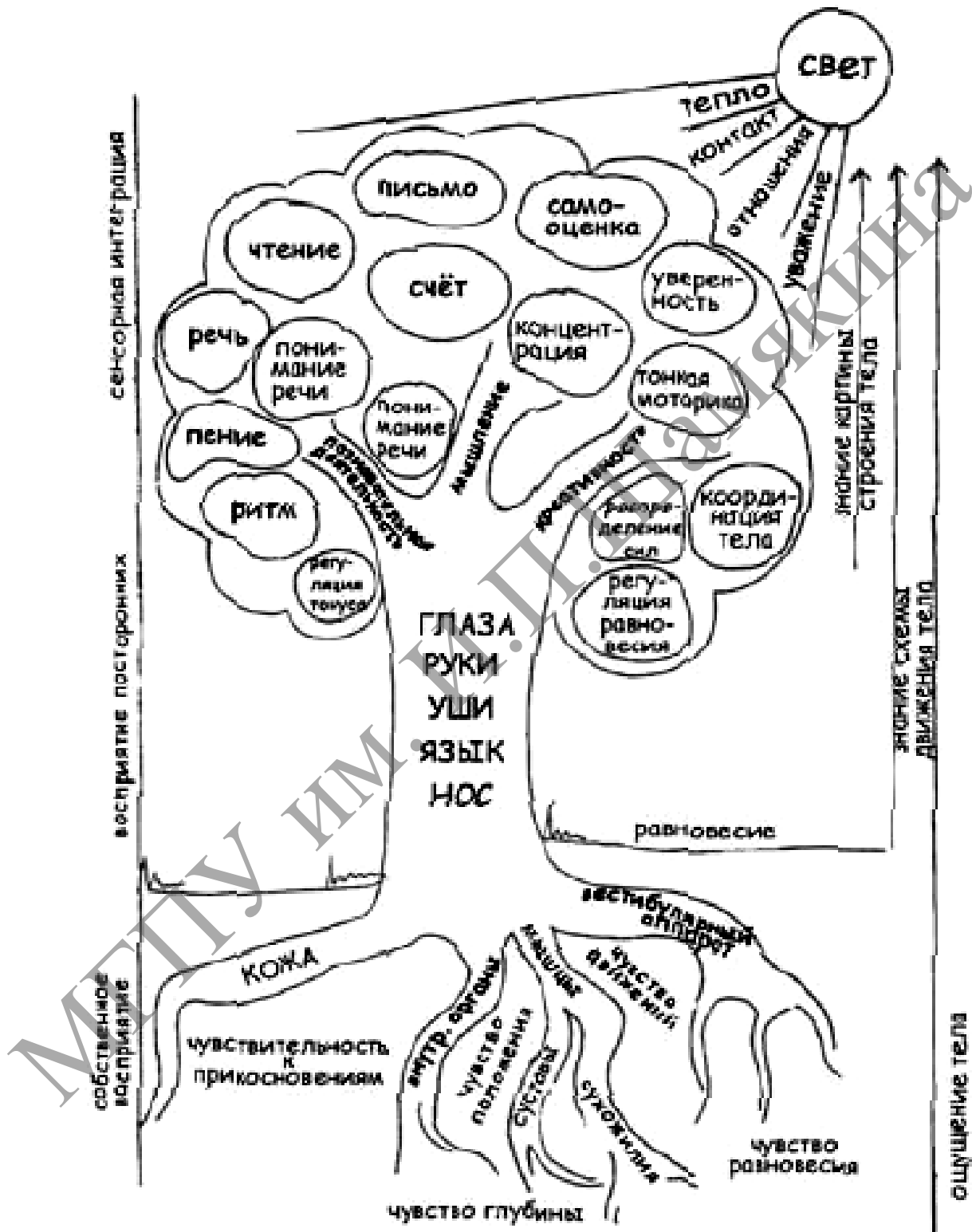
87. В ЦКРОиР должны быть помещения для осуществления образовательного процесса, диагностической работы, социальной реабилитации, оказания ранней комплексной помощи, медицинской помощи, организации отдыха, творческой деятельности лиц с особенностями психофизического развития, проведения физкультурно-оздоровительных мероприятий.

88. Классы, группы, кабинеты (сенсорный, социально-бытовой адаптации, ранней комплексной помощи, социально-педагогической и психологической помощи, физической реабилитации, диагностический, медицинский) и другие помещения оснащаются функциональной мебелью, инвентарем, технологическим оборудованием, другими материальными ценностями, которые соответствуют санитарным нормам, правилам и гигиеническим нормативам.

Кабинеты, учебно-производственные мастерские, учебно-опытный участок (хозяйство) ЦКРОиР оснащаются оборудованием и инструментом со специальными приспособлениями, предупреждающими травматизм и учитывающими сенсорные и двигательные нарушения, имеющиеся у лиц с особенностями психофизического развития.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Модель сенсорной интеграции по Э.Дж.Айрес



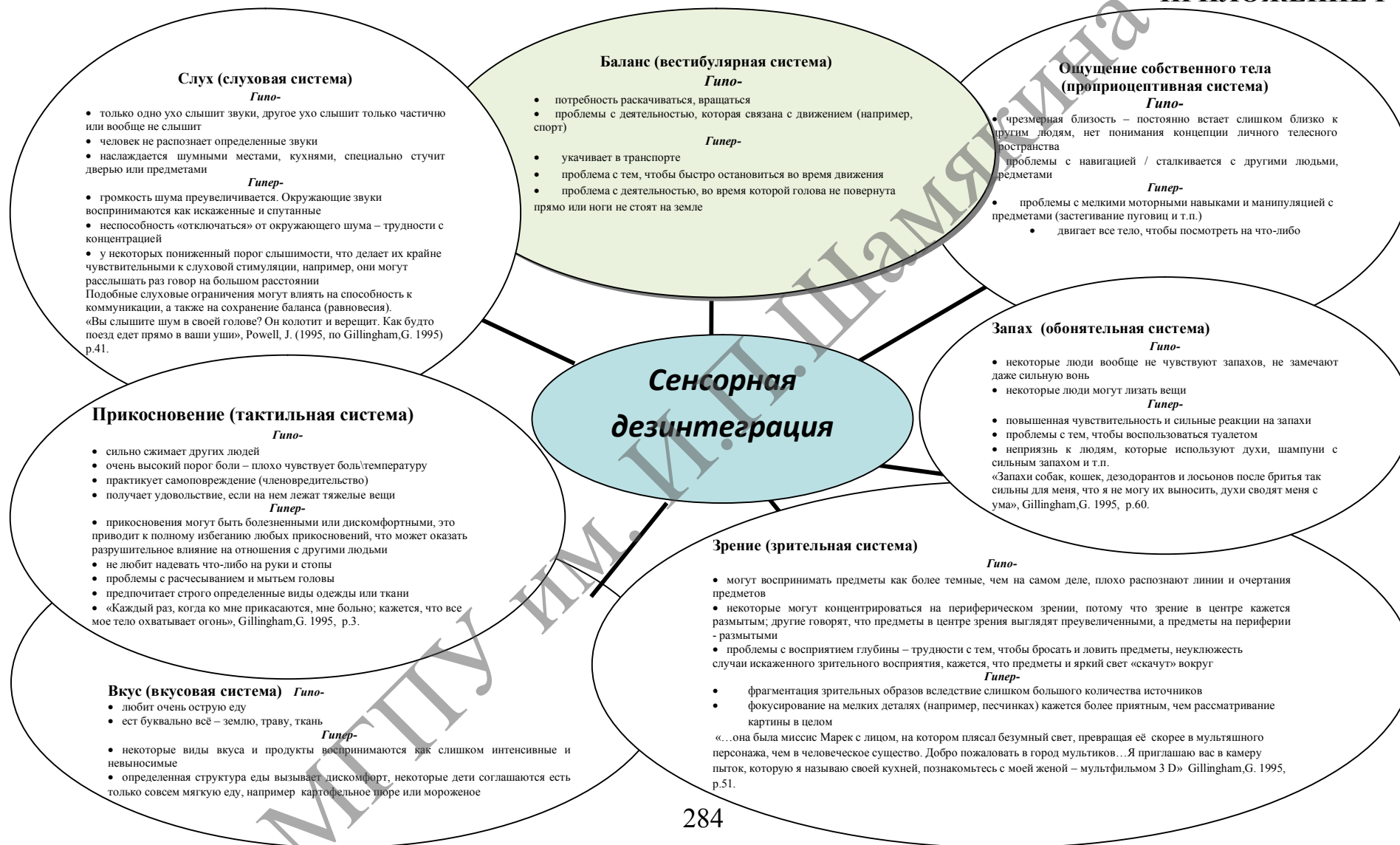


Рисунок – Модель сенсорной дезинтеграции