



КГАОУ ДПО «Хабаровский краевой институт развития образования»
680011, г. Хабаровск, ул. Советская, 24
тел. (4212) 47-01-16,
e-mail: manager@ippk.ru

ISBN 978-5-906201-47-8



9 785906 201478

Министерство образования и науки Хабаровского края
Хабаровский краевой институт развития образования



**СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ)
ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

*Сборник материалов Международной
научно-практической конференции*

Хабаровск
2021

Министерство образования и науки Хабаровского края

Краевое государственное автономное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Хабаровский краевой институт развития образования»

**СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
(АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

*Сборник материалов Международной
научно-практической конференции*

Хабаровск
2021

ББК 74.244.6
УДК 376

Печатается по решению редакционно-издательского совета КГАОУ ДПО
ХК ИРО, протокол №5 от 9 ноября 2021 года

Составители:

Осеева Е.И., проректор по научно-исследовательской работе
КГАОУ ДПО ХК ИРО

Калугина Н.А., профессор кафедры педагогики и психологии
КГАОУ ДПО ХК ИРО, доктор педагогических наук

Системный подход в комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов
и лиц с ограниченными возможностями здоровья / сборник материалов
Международной научно-практической конференции: сост. Е.И. Осеева, Н.А. Калугина. –
Хабаровск: КГАОУ ДПО ХК ИРО, 2021. – 120 с.

ISBN 978-5-906201-47-8

В сборник состоит из научных статей специалистов, занимающихся
вопросами комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов и лиц
с ограниченными возможностями здоровья. Широкий круг вопросов, который
был представлен в рамках Международной научно-практической конференции
«Системный подход в комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов
и лиц с ограниченными возможностями здоровья», выделяет многообразие
проблем, связанных с особенностями в оказании помощи и/или организации
образовательного процесса для разных категорий обучающихся.

Решение вопросов оказания помощи в психолого-педагогическом
сопровождении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья авторы
видят через системный и интегральный подходы специалистов здравоохранения
и образования, что позволяет говорить о результативности системного и
междисциплинарного подходов.

Сборник предназначен для студентов, педагогов и специалистов в области
здравоохранения, дефектологии, специальной психологии и педагогики, логопедии.

ББК 74.244.6
УДК 376

ISBN 978-5-906201-47-8

© Министерство образования
и науки Хабаровского края, 2021

© Хабаровский краевой институт
развития образования, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....6

ЧАСТЬ 1. СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВОВОГО И МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....7

Богданова Е.В.

Психосоциальная реабилитация детей-инвалидов с психическими расстройствами при оказании специализированной психиатрической помощи в КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» имени профессора И.Б. Галанта.....7

Емельянцева Т.А., Смычек В.Б.

Современная модель реабилитационного процесса у детей с психическими и поведенческими расстройствами: опыт использования Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья в Республике Беларусь..... 12

Егорычева А.А., Ромме Н.Н., Руднева С.Н.

Организация педагогической работы по формированию жизненных компетенций детей с ТМНР в рамках дома-интерната..... 19

Колбасин В.Н.

Интегративная система внутрикорпоративного обучения специалистов учреждения социального обслуживания.....22

Лукьянова И.В.

Развивающие игры как средство формирования математических представлений у детей с ОВЗ.....29

Мусхаджиева Т.А.

Роль и место родителей в формировании процесса инклюзивного образования.....35

Поттс Лори

Движение как основа образования и инклюзивности.....39

Сидор Т.В., Лапшина Л.А., Махова Е.А.

Гарденотерапия как один из способов социокультурной реабилитации молодых инвалидов.....43

Скачкова И.О.

Развитие творческих способностей детей с ограниченными возможностями здоровья в учреждении дополнительного образования.....46

Таенкова А.А., Таенкова И.О.

Использование зоотерапии в социокультурной, социо-средовой адаптации и культурно-досуговой деятельности «особенных» детей и подростков: история, опыт, инновации.....49

Чебакова А.А.

Ресурсная сеть сопровождения инклюзивного образования.....53

Шурупова О.Г.

Развитие творческих способностей на уроках музыки как фактор психосоциальной абилитации обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов.....56

Щербицкая О.В., Познякова Е.А.

Опыт работы выездной реабилитационной бригады на территории Самарского округа.....60

ЧАСТЬ 2. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ПРАКТИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....64

Абкович А.Я.

Актуальные проблемы образования обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата на современном этапе.....64

Беженарь Л.И.

Поведенческая терапия для детей с расстройствами аутистического спектра в коррекционно-педагогическом процессе реабилитационного центра.....67

Дашина Н.В.

Упражнения и игры как средство обучения для детей с расстройством аутистического спектра.....70

Демиденко Н.Л.

Особенности реабилитации детей с нарушенным слухом в ГБУЗ АО «Центр реабилитации «Надежда».....74

Ищенко И.А.

Изучение агрессивных форм поведения дошкольников и их психокоррекция.....77

Камкина М.С., Михайлова О.В.

Логоритмические занятия в системе коррекции речевых нарушений у детей с ОВЗ.....80

Круцан Е.В.

Социально-психологическая адаптация детей с нарушениями зрения к условиям дошкольного образовательного учреждения посредством танцевально-двигательной терапии.....84

Мартыненко А.И., Емельянцева Т.А., Захаревич О.Ю., Лакутин А.А.	
Коррекция проблемного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра: исследование эффективности применения лекарственных средств в Республике Беларусь.....	89
Москалева Т.Ю.	
Особенности организации и наполнения развивающей предметно-пространственной среды ресурсной зоны для детей с расстройством аутистического спектра.....	93
Потёмкина Н.К.	
Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в рамках домашнего обучения детей школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	97
Пудов В.И., Зонтова О.В., Пудов Н.В.	
Совершенствование медико-педагогической помощи глухим детям после кохлеарной имплантации в период пандемии коронавируса.....	100
Рыбакова Е.В., Султанова Р.М., Гаязова Г.А., Рыбаков Д.Г.	
Личностные и правовые аспекты адресного сопровождения обучающихся с расстройством аутистического спектра.....	103
Сахарюк А.П., Фомина А.Г.	
Метод лечения детского церебрального паралича путем стимуляции проприорецепторов конечностей и активации нейронов головного мозга.....	107
Санзараева О.С., Кушнарера Т.С., Проскуракова Е.П.	
Роль сказки в духовно-нравственном воспитании детей с ОВЗ.....	109
Чурилов Н.М.	
Комплексный метод сенсомоторной стимуляции при проведении транскраниальной микрополяризации головного мозга у детей с задержками речевого развития.....	114
Шеломенцева Е.В.	
Подходы и методы обучения детей с ТМНР (из опыта работы).....	117

ВВЕДЕНИЕ

Современный мир постоянно наращивает интенсивность развития: технический прогресс, скорость передачи информации, возрастающая роль коммуникаций – все это ставит под вопрос возможности резерва человеческой психики к адаптации и социализации, особенно у наших детей. Детские психологи еще в конце прошлого столетия поднимали проблему – феномене возрастания уровня тревожности у личности с ранних этапов развития. Сегодня этот момент усиливается теми особенностями окружающего мира, который социологи назвали «vUCA-мир», характеризующийся неопределенностью, непостоянством и нестабильностью ситуации, что еще больше приводит человека к ощущению неуверенности в «завтрашнем дне» и в своих собственных силах. Дети с этим просто не справляются, что предопределяет необходимость привлечения специалистов психолого-педагогического сопровождения.

В работах авторов данного сборника уже представлены результаты деятельности, направленные на решение многих вопросов в оказании помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, через системный и междисциплинарный подходы. В одних случаях мы видим привлечение специалистов образования к оказанию помощи детям, находящихся на стационарном лечении, с другой стороны, есть положительный опыт привлечения специалистов здравоохранения к оказанию помощи при организации психолого-психологического сопровождения в образовательных организациях. Совместная деятельность детских психиатров, неврологов, клинических психологов, педагогов-психологов, логопедов, дефектологов имеет огромный потенциал и этот потенциал и аспекты совместной деятельности на разных этапах развития будут дальше развиваться и этот опыт еще будет долго изучаться.

И здесь хотелось бы выделить два перспективных направления такой деятельности оказания помощи нашим детям:

1. Вопросы преемственности и непрерывности межведомственного сопровождения детей с ограниченными возможностями развития.

2. Признание ведущей роли дефектологов в организации и систематизации комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Сегодня именно дефектолог как специалист способен стать лидером в междисциплинарной команде, способен на всех этапах оказания помощи: диагностическом, коррекционном реабилитационном организовывать эффективную помощь детям, создавать условия гуманного отношения к ребенку с особенностями развития или трудностями в обучении в образовательном процессе, создавая условия для развития с учетом потенциальных возможностей.

Желаю всем нам успехов в этом нелегком труде – помочь ребенку найти свое место в нашем непростом мире.

ЧАСТЬ 1. СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВОВОГО И МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Богданова Е.В., главный внештатный специалист, детский психиатр министерства здравоохранения Хабаровского края, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе

КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» имени профессора И.Б. Галанта министерства здравоохранения Хабаровского края

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАЕВОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ИМЕНИ ПРОФЕССОРА И.Б. ГАЛАНТА

Хабаровский край расположен в центральной части Российского Дальнего Востока и в административно-территориальном разрезе состоит из 17 муниципальных районов, двух городских округов – г. Хабаровска и г. Комсомольска-на-Амуре. Численность детского населения края от 0 до 17 лет составляет 278,203 тыс. человек, из них детей от 0 до 14 лет – 239,586 тыс. чел., подростков от 15 до 17 лет – 38,617 тыс. человек.

В последние десятилетия в детской популяции отмечается неуклонный рост психических расстройств и высокие показатели инвалидности, что является одной из наиболее острых проблем психиатрии. В Хабаровском крае в структуре первичной детской инвалидности по классам болезней на протяжении ряда лет первое ранговое место занимают психические расстройства и расстройства поведения (удельный вес – 35%), что в расчете на 10 тыс. детского населения в динамике 2018–2020 гг. составляет: 7,0 (РФ-6,5); 5,6 (РФ-7,0); 6,9 (РФ*) соответственно. При оказании психиатрической помощи детям-инвалидам необходимо взять во внимание, что данная возрастная категория является наиболее незащищенной и социально дезадаптированной в обществе и требует проведения комплексных медико-реабилитационных мероприятий в рамках межведомственного взаимодействия.

В Хабаровском крае продолжается реализация федерального и регионального планов основных мероприятий, проводимых в рамках «Десятилетия детства», направленных на комплексную медико-психосоциальную реабилитацию, активное внедрение метода полипрофессиональных бригад при оказании специализированной психиатрической помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

На протяжении ряда лет в структуре первичной инвалидности детей на первом месте находятся больные с умственной отсталостью (52,8%), на втором с органическими заболеваниями головного мозга (43,4%), на третьем больные с шизофренией (3,1%), на четвертом месте дети с нарушением психологического развития, в том числе и с расстройством аутистического спектра (0,7%).

Медицинским учреждением, оказывающим специализированную психиатрическую помощь детям и подросткам в Хабаровском крае, является Краевая клиническая психиатрическая больница имени профессора И.Б. Галанта, что включает амбулаторный, стационарный и бригадно-консультативные виды помощи. В отдаленных районах Хабаровского края имеются детские кабинеты врача-психиатра при районных больницах.

Для снижения уровня стигматизации в психиатрии, с целью исключения пересечения потоков детского и взрослого приема пациентов, в 2013 г. в краевой психиатрической больнице было открыто детское психоневрологическое диспансерное отделение, коротко: «Детский диспансер», рассчитанный на 90 посещений в смену, что позволило значительно увеличить поток «детских» обращений к врачу психиатру. Из числа состоящих у психиатра под диспансерным наблюдением детей – 80% являются инвалидами по психическому заболеванию и нуждаются в проведении комплексных реабилитационных мероприятий.

Психосоциальная реабилитация детей в детском диспансере проводится комплексно группой специалистов (психиатр, психотерапевт, психолог, логопед, невролог, педагог, воспитатель) различного профиля на основе клинико-нозологической оценки состояния больного ребенка, возраста, выраженности психопатологических симптомов, с учетом его индивидуальных особенностей. В соответствии с индивидуальным Планом абилитации и реабилитации, разработанным в подразделении на каждого ребенка инвалида, в работе применяются различные виды реабилитации: медицинская, социально-психологическая, педагогическая, психообразовательная.

Учитывая актуальность проблемы расстройств аутистического спектра в детской психиатрии, отмечающийся рост числа случаев в динамике по краю: (2015 г. – 180 сл.; 2016 г. – 211 сл.; 2017 г. – 223 сл.; 2018 г. – 251 сл.; 2019 г. – 272 сл.; 2020 г. – 285 сл.) с 2015 года в деятельности детской амбулаторной службы края выделили отдельное направление по работе с пациентами и их родителями. В подразделении проводится ежеквартальный мониторинг случаев впервые установленных диагнозов, что позволяет на раннем этапе проведение мероприятий социально реабилитационного характера с ребенком и его семьей, в рамках межведомственного взаимодействия. Организованы школы родителей, имеющих детей с РАС, проводятся групповые образовательные занятия психотерапевтом и психологом, позволяющие родителям находить взаимное понимание с больным ребенком и в дальнейшем социализировать его в обществе.

В таблице представлена информация о мероприятиях психосоциальной реабилитации в детском психоневрологическом диспансерном отделении в динамике за 2018–2020 годы.

**Психосоциальная реабилитация детей-инвалидов,
состоящих под наблюдением в детском диспансере КГБУЗ «ККПБ»
имени профессора И.Б. Галанта в 2018–2020 гг.**

№ п/п	Виды реабилитации	2018		2019		2020	
		Специалист исполнитель	Число детей	Специалист исполнитель	Число детей	Специалист исполнитель	Число детей
1	Медикаментозная реабилитация	психиатр	612	психиатр	567	психиатр	591
2	Психолого-педагогическая диагностика	психолог педагог	801 исследования	психолог педагог	712 исследований	психолог педагог	219 исследований
3	Психокоррекция поведенческих расстройств. Развитие навыков коммуникации	психолог	91	психолог	112	психолог	0
4	Логопедическая диагностика	логопед	223	логопед	281	логопед	112
5	Занятия в логопедических группах по коррекции речи	логопед	101	логопед	127	логопед	0
6	Психообразовательные занятия с семьями «Я и мой ребенок», об особенностях детей с ментальными нарушениями	психиатр, психотерапевт, психолог	120	психиатр, психотерапевт, психолог	116	психиатр, психотерапевт, психолог	0
7	Школа для родителей «Мой ребенок аутист»	психиатр, психотерапевт, психолог	38 семей	психиатр, психотерапевт, психолог	42 семьи	психиатр, психотерапевт, психолог	0
8	Психотерапевтическое консультирование (индивидуальные, групповые)	психотерапевт	191	психотерапевт	164	психотерапевт	92
9	Реализация программы ИПР	МСЭ	100%	МСЭ	100%	МСЭ	100%
10	Формирование образовательного маршрута ребенка	психиатр, психолог	397	психиатр, психолог	401	психиатр, психолог	216

Представленная информация указывает, что реабилитационными мероприятиями охвачены все дети-инвалиды, состоящие под наблюдением, в соответствии с индивидуальным Планом абилитации/реабилитации ребенка инвалида.

С 1968 года в краевой клинической психиатрической больнице открыты в рамках реабилитационной работы лечебно-трудовые мастерские

(далее – ЛТМ) на 25 посадочных мест, площадью 240 м², где ежедневно трудятся от 16 до 25 пациентов в швейном цехе. Данное подразделение открыто в целях формирования и развития социально-трудовых навыков у инвалидов с психическими расстройствами для взрослого контингента пациентов.

С 2015 года в структуре ЛТМ организовано отдельное помещение площадью 44 м² для детей-инвалидов, не имеющих возможность в силу своего заболевания обучаться самостоятельно социально функционировать адекватно своей возрастной принадлежности. Символически данное подразделение получило название Творческий центр «Дружный дом», одновременно в творческом Центре занимаются 10-11 детей. На каждого ребенка заводится амбулаторная реабилитационная карта, составляется специальная Программа реабилитационных-психообразовательных занятий с детьми и родителями. Программа включает ежедневные индивидуальные и групповые занятия в рамках амбулаторного режима. Реабилитационные психообразовательные занятия проводятся специалистами полипрофессиональной бригады: врача-психиатра, медицинской сестры, психотерапевта, психолога, труднструктора, воспитателя. Трудовая деятельность данной категории пациентов представлена в виде поделок, рисунков, аппликаций, дети принимают участие в региональных выставках рисунков и поделок. Основная цель психореабилитационных мероприятий в ЛТМ направлена на выработку и закрепление трудовых навыков работы больных детей как индивидуально, так и в группе. Важным реабилитационным направлением при работе с семьей является возможность родителей выполнять свою трудовую деятельность на время пребывания больного ребенка инвалида в Центре ЛТМ.

Ежеквартально с родителями детей, имеющих тяжелые психические расстройства, психологом и психотерапевтом проводятся «Родительские собрания» психообразовательного характера, на которых разбираются вопросы взаимодействия родителей с детьми внутри семьи, в школе, вопросы по коррекции поведенческих расстройств. По мере потребности психологом проводятся индивидуальные занятия с родителями.

Нозологически дети инвалиды в ЛТМ представлены следующими диагнозами:

- органическое заболевание головного мозга с выраженными когнитивными и эмоционально-волевыми расстройствами – 60%;
- шизофрения – 15%;
- расстройство аутистического спектра – 10%;
- умеренная умственная отсталость – 15%.

Пациенты инвалиды одновременно с трудовой терапией имеют возможность получать медикаментозную терапию под контролем медицинской сестры.

Социальный портрет семей пациентов:

- полная семья – 60%;
- неполная семья – 40%;
- по занятости родителей: работающие – 40%, неработающие – 60%;
- наличие здоровых детей в семье помимо больного ребенка: единственный ребенок инвалид – 50%, двое и более детей психически здоровых, помимо больного ребенка – 50 %.

Опыт работы с детьми-инвалидами на базе ЛТМ показывает, что в результате трудотерапии и психообразовательных занятий у детей отмечается положительная динамика в развитии, когда развивается мелкая моторика, умение осуществлять контроль за своим поведением, формируются навыки коммуникации

с детьми и родителями, появляется групповая вовлеченность в творческий процесс, закрепляются навыки самообслуживания.

С 2016 года в рамках детского дневного стационара КГБУЗ «ККПБ» оказывается комплексная психосоциальная помощь детям-инвалидам в возрасте от 3 до 15 лет специалистами полипрофессиональной бригады. В дневном стационаре каждый ребенок инвалид, проходящий курс реабилитации, имеет возможность одновременно получить помощь в решении вопросов медико-социального характера: оформление направительных документов на МСЭ, оформление заключения на домашнее обучение, определение образовательного маршрута.

В рамках межведомственного взаимодействия, в детском психиатрическом отделении осуществляется выездное консультирование детей специалистами краевой психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), с дальнейшей выдачей протокола заключения о рекомендуемом типе программы обучения.

Каждому ребенку-инвалиду составляется план реабилитационных мероприятий, в год проходят психосоциальную реабилитацию порядка 80 детей, курс (абилитационных) реабилитационных мероприятий лечения ребенка рассчитан в среднем на 30 дней. С учетом имеющейся в детском психиатрическом отделении лицензии на образовательную деятельность (2018 г.), в дневном стационаре выделен отдельно психообразовательный блок, представленный двумя классами, для детей дошкольного и школьного возраста для проведения психообразовательных занятий, как в индивидуальных, так и в групповых формах. Реабилитационной работой с детьми занимаются специально проученные специалисты: воспитатель-педагог и логопед. Основные психообразовательные направления в реабилитационной работе в дневном стационаре – занятия по рисованию, лепке, логоритмике, обучению письму, счету.

Клинический психолог с младшими школьниками проводит тренинги, направленные на развитие навыков самоконтроля, коммуникативной деятельности, умение взаимодействовать в игре. Дети-инвалиды, имеющие выраженные нарушения психических функций, имеют возможность находиться на лечении совместно с матерью в отдельной палате, что позволяет ребенку постоянно чувствовать себя защищенным и быть в семье.

В дневном стационаре оборудована и активно используется в абилитационном процессе сенсорная комната. Занятия проводятся специально обученными специалистами в индивидуальной и групповой формах. Основными целями занятий в интегративной сенсорной комнате является снятие психоэмоционального напряжения, умение управлять своим телом, дыханием, формирование мотивации к общению, развитию психических процессов, мышления, памяти, восприятия, умственных способностей.

Психосоциальная реабилитация детей-инвалидов в условиях дневного стационара имеет свои преимущества, заключающиеся в том, что дети на фоне проведения реабилитационных мероприятий имеют возможность отдохнуть в перерыве между психообразовательными мероприятиями, полежать, принять пищу, своевременно получить медикаментозную терапию, что для больного ребенка является важным и щадящим моментом, в соответствии с его психическим состоянием.

В результате комплексной специализированной реабилитационной работы детям с ОВЗ и детям-инвалидам обеспечивается дальнейший маршрут медико-психолого-педагогических мероприятий, позволяющий ребенку и его семье социализироваться, в результате чего повышается качество жизни, уровень социального функционирования семей, воспитывающих ребенка с особенностями развития.

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАС- СИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В Республике Беларусь рост первичной инвалидности у детей с психическими и поведенческими расстройствами за пять лет (2015–2020 г.г.) составил 33,8%, с 3,14 до 4,65 на 10 000 населения.

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 18 октября 2016 года №424-З «О ратификации конвенции о правах инвалидов» на государственном уровне поставлена задача использования современных универсальных международных подходов к осуществлению медицинской реабилитации детей-инвалидов.

В настоящее время универсальной, рекомендованной ВОЗ системой оценки здоровья является Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

МКФ позволяет осуществлять интегративный подход в оценке здоровья детского организма, его функционирования, последовательно определяя состояние его структур и функций; активность (выполнение ребенком задач и требований в соответствии с возрастным периодом развития); участие (адаптивное поведение при вовлечении в жизненную ситуацию), а также барьерное/ресурсное влияние факторов окружающей среды.

В рамках государственной отраслевой научно-технической программы «Разработать и усовершенствовать технологии и методы медицинской экспертизы, реабилитации и оценки качества оказания медицинской помощи населению на 2019–2023 годы» проведено клинико-экспертное обследование 298 детей (М/Д=222/76 (74,5%/25,5%)) с различными психическими расстройствами в возрасте 8,9±4,9 лет. Структура психических и поведенческих расстройств у детей в исследовании представлена в *Таблице 1*.

Таблица 1

Структура психических и поведенческих расстройств у детей в исследовании

Психические и поведенческие расстройства	Количество детей	%
Расстройства аутистического спектра (РАС)	93	33,1
Умственная отсталость	77	27,4
Смешанные специфические расстройства развития	2	0,7
Органические расстройства головного мозга	3	1,1
Расстройства речевого развития	48	17,1
Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)	42	14,9
Всего:	298	100

Из 298 детей клинической группы у 71 (23,8%) не установлено признаков инвалидности, у 227 (76,2%) определялись различные степени утраты здоровья (СУЗ): 46 (15,4%) – первая СУЗ, 98 (32,9%) – вторая СУЗ, 77 (25,8%) – третья СУЗ, 6 (2,0%) – четвертая СУЗ.

С учетом клинического опыта, электронных версий базовых наборов кодов МКФ (ICF core-sets) для оценки функционирования детей с РАС и СДВГ, а также результатов проведенного статистического анализа разработаны достоверные ведущие критерии оценки функционирования детей с психическими и поведенческими расстройствами по кодам МКФ (Таблицы 2, 3), а также параметры оценки с учетом возрастных периодов: до 3 лет, 3-5 лет, 6-17 лет (Таблица 4).

Таблица 2

Критерии оценки психических функций у детей с психическими и поведенческими расстройствами, разработанные по результатам исследования с использованием b-кодов МКФ

Код МКФ	г Спирмена	р (значимость)
b 114 функции ориентации	0,62	p<0,01
b 125 предрасположенности и интраперсональные функции	0,50	p<0,01
b 130 волевые и побудительные функции	0,41	p<0,01
b 140 функции внимания	0,44	p<0,01
b 144 функции памяти	0,34	p<0,01
b 152 функции эмоций	0,42	p<0,01
b 156 функции восприятия	0,43	p<0,01
b 167 умственные функции речи	0,33	p<0,01

Таблица 3

Критерии оценки нарушений активности и участия у детей с психическими и поведенческими расстройствами, разработанные по результатам исследования с использованием – кодов МКФ

Код МКФ	г Спирмена	р (значимость)
d 110 наблюдение	0,46	p<0,01
d 130 подражание	0,37	p<0,01
d 220 выполнение многоплановой задачи	0,40	p<0,01
d 230 соблюдение повседневного распорядка	0,44	p<0,01
d 240 преодоление стресса	0,50	p<0,01
d 250 контроль собственного поведения	0,70	p<0,01
d 310 вербальные коммуникации	0,50	p<0,01
d 710 базисное межличностное взаимодействие	0,48	p<0,01
d 720 сложное межличностное взаимодействие	0,55	p<0,01
d 880 игровая деятельность	0,41	p<0,01

Описание параметров оценки нарушений волевых и побудительных функций (b130 код по МКФ)

Нарушение волевых и побудительных (b130 – код по МКФ)		
Волевые и побудительные функции – общие психические функции, которые заставляют индивида последовательно продвигаться к удовлетворению определенных потребностей и достигать определенных целей. Включают: функции энергии (обеспечивают бодрость и выносливость), мотивацию (функции, создающие стимул к действию), аппетит (функции, вызывающие желание удовлетворять голод и жажду), управление импульсами (функции, которые поддерживают и/или ограничивают внезапные сильные побуждения что-то сделать)		
Незначительные нарушения	0-3 лет	Отсутствие нарушений или незначительное снижение побудительных функций и энергии
	3-5 лет	Имеет достаточное терпение в ожидании своей очереди и в реализации своих желаний. Может самостоятельно начинать выполнять задания, не требует посторонней помощи. Иногда бывает капризным, иногда требует незамедлительного удовлетворения своих желаний. Не нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
	6-17 лет	Редко жалуется на усталость (по объективным причинам). Редко бывает капризным, протестует или отказывается выполнять требования взрослых. Указанные особенности поведения не нарушают социальное функционирование. Не нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
Легкие нарушения	0-3 лет	Большую часть времени ребенок ведет себя беспокойно. Часто проявляет нетерпение, сопровождающееся протестным поведением и чрезмерными эмоциональными реакциями. Часто ребенок бывает «ленивым» и чрезмерно медлительным. Часто отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Указанные особенности достаточно хорошо компенсируются внешней мотивацией и адекватным (понимающим) отношением окружающих
	3-5 лет	Жалуется на усталость при обычной нагрузке, хорошо компенсируется внешней мотивацией. Иногда отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Часто протестует или отказывается выполнять требования взрослых, чрезмерно упрямый. Может отказаться играть за исключением активных игр. Часто бывает капризным, требует незамедлительного удовлетворения своих желаний. Наказания мало влияют на его/ее поведение. Указанные особенности поведения эпизодически нарушают социальное функционирование. Нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
	6-17 лет	Появление усталости при обычной нагрузке, которое полностью компенсируется волевым усилием. Иногда отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Периодически могут отмечаться эпизоды компульсивного переедания в ситуациях стресса, психического напряжения и утомления. Нарушения личной инициативы в отношении непривычной деятельности. Сохранение личной инициативы в привычной деятельности. Периодически возникающие нарушения контроля за импульсами в нестандартных (сложных) ситуациях. Нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
Умеренные нарушения	0-3 лет	Ребенок постоянно ведет себя беспокойно или может быть «ленивым», чрезмерно медлительным. Часто отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Постоянно проявляет нетерпение, сопровождающееся протестным поведением и чрезмерными эмоциональными реакциями. Указанные особенности недостаточно компенсируются внешней мотивацией и адекватным (понимающим) поведением окружающих

	3-5 лет	Предпочитает делать только то, к чему испытывает интерес. Мало-активный в рутинных занятиях. Безразличен к тому, что происходит вокруг. Держится в стороне. Отказывается делать что-то вместе с другими, даже играть в активные игры. Часто отказывается выполнять требования взрослых. Наказания усиливают негативизм (полный отказ от выполнения требований). Недостаточно реагирует на внешнюю мотивацию. Часто отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
	6-17 лет	Появление усталости даже при облегченной нагрузке, не полностью компенсируется волевым усилием и внешней мотивацией. Снижение личной инициативы в отношении привычной деятельности, что требует активного поощрения. Нарушение контроля за импульсами возникает даже в привычных ситуациях. Постоянно требует, чтобы все было так как он/она хочет. Нетерпимы, нетерпеливы. Указанные особенности поведения значимо нарушают социальное функционирование. Часто отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
Выраженные нарушения	0-3 лет	Ребенок проявляет постоянное беспокойство или минимальную двигательную активность. Протестное поведение, негативизм отмечается большую часть времени. Постоянно отмечаются стереотипные, ритуальные движения. Слабо реагирует на внешнюю мотивацию. Большую часть времени ребенок может играть исключительно с одним предметом. Может отмечаться чрезмерно повышенный или пониженный аппетит (вплоть до отказа от приема пищи)
	3-5 лет	Большую часть времени ребенок может играть исключительно с одним предметом. Часто отмечаются стереотипные, ритуальные движения в течение продолжительного периода времени. Не интересуется другими детьми. Безразличен к тому, что происходит вокруг. Проявляет постоянный негативизм (к большей части требований). Слабо реагирует на внешнюю мотивацию. Нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
	6-17 лет	Снижение личной инициативы в отношении любой деятельности, в т.ч. касающейся сохранения и поддержания здоровья. Появление усталости при любой нагрузке. Часто отмечаются стереотипные, ритуальные движения в течение продолжительного периода времени. Часто отмечается неконтролируемое переедание/отказ от пищи. Отказываются выполнять любую деятельность, кроме удовлетворяющей его собственные желания. Нарушения контроля за импульсивными желаниями могут создавать угрозу для собственной жизни и жизни окружающих. Нуждается в организации медицинской, социальной и иных видах помощи
Резко выраженные нарушения	0-17 лет	Могут отмечаться длительные застывания в однообразных, порой неестественных позах. Негативизм, сопротивление любому воздействию. Практически полное отсутствие волевых актов. Нуждается в постоянном уходе

Нами разработан алгоритм реабилитации детей с психическими и поведенческими расстройствами (рисунок 1), предполагающий последовательную реализацию нескольких этапов:

I. Проведение реабилитационно-экспертной диагностики с использованием кодов МКФ.

II. Определение цели и задач реабилитации конкретного ребенка с психическим расстройством с учетом его капацитета.

III. Осуществление блока реабилитационных мероприятий с учетом поставленных задач на основе образовательных, поведенческих и психологических подходов.

IV. Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Уточнены механизмы восстановления нормальной жизнедеятельности у ребенка с психическим расстройством с использованием описания ведущих нарушений по кодам МКФ (по содержанию) (рисунок 2).

Огромным преимуществом использования МКФ является возможность построения реабилитационного диагноза с использованием кодов тяжести нарушений психических функций, активности и участия, факторов окружающей среды с учетом потенциальной способности (капаситета).

Например, у ребенка К. в возрасте 7 лет с диагнозом «Смешанное специфическое расстройство развития. F83» и «Гиперкинетическое расстройство поведения. F90.1» / синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) выставлен реабилитационный диагноз: b 130.2; b 140.1; b 147.2; b 152.2; b 164.2; d 160.21; d 161.21; d 167.21; d 170.21; d 230.21; d 240.21; d 250.21; d 720.21; d 740.21; d 750.21; e 310+1; e 410+1; e 430.2.

Указанный реабилитационный диагноз означает, что у ребенка К. имеются умеренные нарушения функции побуждения и энергии, легкие нарушения функций внимания (постоянства внимания и переключения внимания), умеренные нарушения психомоторных функций, умеренные нарушения функций эмоций, умеренные нарушения исполнительных функций, что приводит к умеренным трудностям в произвольной концентрации внимания, умеренным трудностям в чтении и письме, в выполнении повседневного распорядка, умеренным ограничениям в преодолении стресса и контроле за собственным поведением, умеренным трудностям в сложных межличностных взаимодействиях, отношениях с педагогом, ровесниками и друзьями. При этом у ребенка К. имеются ресурсные факторы: эмоциональная поддержка со стороны родителей (e 310+1), а также их информированность по синдрому дефицита внимания СДВГ (e 410+1). Но у ребенка К. имеется и барьерный фактор (e 430.2): отсутствие должной информированности педагога в отношении СДВГ. Так, например, педагог считает, что проблемное поведение ребенка К. на уроке – его избалованность, а недостаточные успехи в чтении и письме – его недостаточная старательность. При этом у ребенка К. имеется определенный потенциал (капаситет) в улучшении произвольной концентрации внимания, улучшении чтения и письма, в выполнении повседневного распорядка, преодолении стресса, способности контролировать поведение, улучшении межличностных взаимодействий, отношений с педагогом, ровесниками и друзьями.

Развернутый реабилитационный диагноз, выставленный ребенку с психическим и поведенческим расстройством по кодам МКФ, может передаваться другим специалистам, которые участвуют в едином реабилитационном пространстве, что способно возвести междисциплинарное и межведомственное взаимодействие на качественно другой уровень и повысить эффективность реабилитации ребенка с психическим и поведенческим расстройством.



Рисунок 1 – Алгоритм реабилитации детей с психическими и поведенческими расстройствами

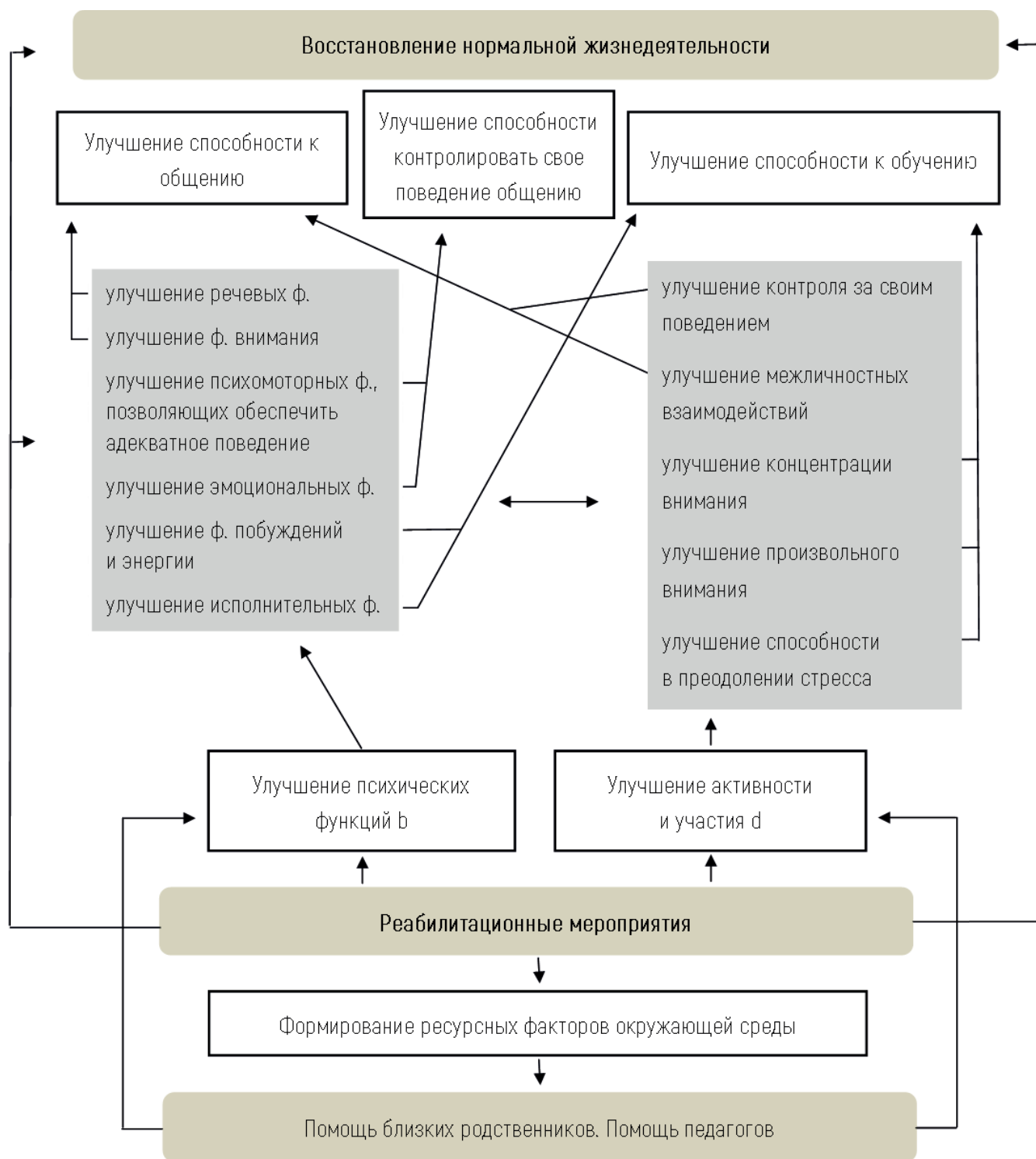


Рисунок 2 – Механизмы восстановления нормальной жизнедеятельности у ребенка с психическим расстройством

Егорычева А.А., Ромме Н.Н., воспитатели,
Руднева С.Н., социальный педагог

ГБУ РХ Республиканский дом-интернат для детей «Теремок»
г. Абакан, Республика Хакасия

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЖИЗНЕННЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В РАМКАХ ДОМА-ИНТЕРНАТА

*Сопровождать – это значит идти вместе с кем-то
в качестве спутника или провожатого*

*Из толкового словаря
В.И.Даля*

Поиск оптимальных путей обучения и воспитания, создание условий для развития детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития являются одними из задач педагогической науки и выступают объектом междисциплинарных исследований и практических поисков. Обучение детей с особыми образовательными возможностями на сегодняшний день завоёвывает всё более прочные позиции в нашей стране.

Среди различных категорий детей с ОВЗ особое место занимают воспитанники с выраженными нарушениями умственного развития: умеренной, тяжёлой, глубокой умственной отсталостью. Для многих детей психофизическое и интеллектуальное недоразвитие сочетается с локальными или системными нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени тяжести, что даёт основание утверждать о тяжёлых и множественных нарушениях развития (далее – ТМНР).

Одной из главных проблем интернатных учреждений является закрытость, поэтому за время проживания годами многие дети не приобретают каких-либо жизненно важных компетенций, их состояние чаще ухудшается, что приводит к вторичным осложнениям. Как следствие, процесс социализации у таких детей соответственно нарушен. Освоение детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требуют от педагогов определенных дополнительных мер и разработка этих мер должна основываться на закономерностях, задачах и сущности процесса социализации. Таким образом, формирование жизненных компетенций у воспитанников с ТМНР в процессе абилитационной работы является одной из важных задач деятельности педагогов дома-интерната.

Под «жизненной компетенцией» понимается совокупность знаний, умений и навыков, необходимых ребенку в повседневной жизни.

Таким образом, основными направлениями в работе с данной категорией воспитанников является практическая подготовка детей к жизни, поэтому содержание воспитания, в рамках работы педагогов нашего учреждения, строится с учётом следующих принципов:

- жизненная значимость;
- практическая необходимость.

На основании этого, в рамках дома-интерната, была разработана

Адаптированная рабочая программа по формированию жизненных компетенций у детей с ТМНР, которая используется педагогами в ходе учебно-воспитательного процесса, с целью создания условий для формирования у воспитанников с умственной отсталостью социально значимых компетенций, необходимых для развития максимально возможного навыка самостоятельности.

Программа реализуется через четыре направления:

1. «Азбука здоровья» (здоровьесбережение и самопознание)

Данное направление представлено следующими разделами:

Раздел «Представления о себе» включает следующее содержание: представления о своем теле, его строении, о своих двигательных возможностях, правилах здорового образа жизни, поведении, сохраняющем и укрепляющем здоровье, полезных и вредных привычках, возрастных изменениях.

Раздел «Гигиена тела» включает задачи по формированию умений умываться, мыться под душем, чистить зубы, мыть голову, стричь ногти, причесываться.

2. «Здравствуй мир» (ознакомление с окружающим)

Данное направление представлено следующими разделами:

Раздел «Безопасность дома» включает в себя следующее содержание: безопасное поведение дома. Возможные опасности и опасные ситуации, которые могут возникнуть дома. Их профилактика. Значение огня в жизни человека. Понятие – пожар. Причины пожара. Опасные факторы пожара. Порядок действий при возникновении пожара. Правила и способы эвакуации. Электричество как источники возможной опасности. Соблюдение мер безопасности при пользовании электрическими приборами в быту.

Раздел «Объекты живой природы» включает в себя следующие представления об объектах живой природы: растениях, диких и домашних животных, рыбах, птицах, насекомых. Об опасностях, подстерегающих человека.

Раздел «Временные представления» включает в себя следующее содержание: представления о явлениях и объектах неживой природы, смене времен года и соответствующих сезонных изменениях в природе, умение адаптироваться к конкретным природным и климатическим условиям; умение учитывать изменения в окружающей среде для выполнения правил жизнедеятельности, охраны здоровья; элементарные представления о течении времени: смена событий дня, суток.

3. «Дом, в котором я живу» (бытовая осведомленность и самообслуживание)

Данное направление представлено следующими разделами:

Раздел «Обращение с одеждой и обувью» включает задачи по формированию умений ориентироваться в одежде, соблюдать последовательность действий при одевании и снятии предметов одежды.

Раздел «Кухня. Продукты питания. Прием пищи» включает в себя следующее содержание: предполагает обучение использованию во время еды столовых приборов, питью из кружки, накладыванию пищи в тарелку, пользованию салфеткой.

Раздел «Дом. Предметы быта» включает в себя следующее содержание: виды бытовой техники, ее назначение и правила безопасной работы, упражнения на соблюдение правил пользования и безопасности при работе с бытовыми приборами; глажка носовых платочков.

Раздел «Торговля»: разнообразие торговых учреждений, назначение магазинов, виды товаров. Порядок приобретения товаров в магазине.

4. «Труд и человек» (трудовое воспитание)

Данное направление представлено следующими разделами:

Раздел «Уход за бельем и одеждой» включает в себя следующее содержание: знакомство с внешним видом, названием и назначением белья, одежды, головных

уборов, мелких предметов одежды, отработка способов складывания белья и одежды, раскладывание и сортировка белья по полкам. Уметь аккуратно заправлять постель, уметь содержать в чистоте и определенном порядке свои вещи, следить за чистотой своей одежды, стирать мелкие вещи, производить мелкий ремонт одежды.

Раздел «Уход за обувью» включает в себя следующее содержание: знакомство с внешним видом, название различной обуви и средства по уходу за ней. Изучение и отработка знаний и умений о последовательности и приемах ухода за обувью. Научить шнуровке ботинок и завязыванию – развязыванию шнурка.

Раздел «Уборка помещений» включает в себя следующее содержание: изучение и отработка последовательности проведения ежедневной уборки. Знакомство со средствами бытовой химии для уборки помещений и правила безопасного их использования. Посильное участие в уборке посуды в столовой, а также дежурство в группе ежедневно.

Раздел «Уборка территории» включает в себя следующее содержание: определять необходимый инвентарь для работы, соблюдать правила техники безопасности при обращении с инструментом, ухаживать и хранить его. Подготовка инвентаря к работе. Приемы работы с различным инвентарем. Уборка снега скребком. Уборка листьев.

Раздел «Сельскохозяйственный труд» включает в себя следующее содержание: знакомство с внешним видом, названием и назначением инструментов для обработки почвы, демонстрация инструментов (лопата, тяпка, секатор), соблюдение правил техники безопасности. Отработка последовательности и приемов осенней и весенней вскопки почвы; посев семян; посадка рассады; уход за растениями. Уделять внимание правилам техники безопасности при работе с инвентарем и оборудованием.

Таким образом, формирование жизненных компетенций предусматривает индивидуальный подход и проводится систематически, с поэтапным усложнением обучающего материала, учетом зоны ближайшего развития и постепенным снижением помощи взрослого. Одна из главных ошибок педагогов в работе с данной категорией детей не доводить до автоматизма теоретическую часть, а на практике отрабатывать каждое направление. Так, например, большая часть воспитанников умеют указывать на такие части тела, как язык, уши, глаза, но не знают их функционального назначения. Также при изучении понятий о продуктах питания необходимо исследовать их вкусовые ощущения, то есть правильно уметь определять, что может быть сладким, соленным, кислым; определять то, что может быть холодным (мороженое, вода) и горячим (чай, суп). Вопросы, связанные с представлениями об объектах живой природы, вызывают большие затруднения. Многие воспитанники правильно показывают на картинках деревья, цветы, фрукты и овощи, но не имеют представлений, как выглядит этот предмет в реальной жизни. Следовательно, при обучении детей необходимо использовать прием «картинка – реальный объект». Также обстоит дело с дикими и домашними животными, в данном направлении важно использовать видеопрезентации. Если говорить о навыках самообслуживания и посильных трудовых навыках, то в этом вопросе необходимо время, не нужно торопиться, и, конечно же, выполнять действия за ребенка, не наказывать за самостоятельность.

Формирование жизненных компетенций у воспитанников с ТМНР – это длительный процесс. Успешность этой работы зависит от многих факторов, в том числе и от того, какие методы в своей работе применяют педагоги.

Колбасин В.Н., соискатель кафедры
социальной педагогики и социальной работы
ФГБОУ ВО «Омский государственный
педагогический университет», заместитель руководителя
бюджетного учреждения Омской области
«КЦСОН Азовского немецкого национального района»,
г. Омск

ИНТЕГРАТИВНАЯ СИСТЕМА ВНУТРИКОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

В современных условиях решение проблем инвалидности и инвалидов становится одним из приоритетных направлений социальной политики государства, которое может быть успешно реализовано через создание системы комплексной реабилитации.

Учитывая многоаспектность проблемы инвалидности и роль социальных факторов в ее возникновении, ведущим направлением социальной политики в отношении инвалидов определена реабилитация, которая заключается в восстановлении способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу, а также воздействию на его микро- и макросоциальное положение.

Решение проблем инвалида при ограничении социально-биологических способностей человека относится к категории сложных комплексных проблем. Прежде всего, потому что объектом воздействия является человек с физическими и психофизиологическими особенностями, и, во-вторых, изменение, или компенсация этих характеристик, реализуется сложными системами, включающими, в свою очередь, внутренние структуры, функции и процессы. Одним из выходов может быть разработка теории и методов комплексной реабилитации инвалида и социальной работы с данной категорией населения.

В настоящее время большое значение приобретает разработка эффективных технологий, методик и форм социализации человека с ограниченными возможностями на всех этапах его развития. В основе эффективной реализации таких социальных технологий должна быть концепция активной деятельной и творческой модели личности как главного условия успешной реабилитации, успешной социальной работы с инвалидом. В процессе комплексной реабилитации участвуют специалисты разных уровней – от организаторов и управленцев до конкретных исполнителей: врачей, реабилитологов, социальных работников, специалистов по реабилитации, педагогов, психологов. Концепция реабилитации включает и профилактику, и лечение, и приспособление к жизни и труду после болезни, и личностный подход к больному человеку.

Иными словами, перед обществом стоит проблема интеграции инвалидов в социокультурную систему той местности, в которой он находится (муниципальный, региональный уровень).

В целом можно выделить несколько основных направлений комплексной реабилитации инвалидов: просветительское, досуговое, коррекционное, включающее различные характеристики в зависимости

от направленности коррекционного воздействия. Успешная реализация указанных направлений зависит от уровня профессиональной подготовки кадров системы социальных служб, включенных в процесс комплексной реабилитации. В этом контексте эффективным инструментом выступает Интегративная система внутрикорпоративного обучения сотрудников социальной организации, которая представляет собой гибкую форму личностно-ориентированного образования и самообразования специалистов по социальной работе и социальных работников, занимая положение между педагогической наукой, практикой профессионального образования, направлениями деятельности специалистов по социальной работе, социальных работников и интегральной эффективностью социальной организации.

Совокупность факторов, влияющих на повышение интегральной эффективности:

1. Уровень достижения ключевых показателей эффективности (KPI).
2. Несформированность профессиональной деятельности социальных работников, специалистов по социальной работе (низкий уровень базовых знаний и умений по вопросам социальной работы; недостаточной сформированности «социального вектора» в карьерных устремлениях) и условий:
 - содержательная нагрузка образовательной системы карьерно-валюативными ориентирами;
 - организационные формы и средства обучения, направленные на развитие самостоятельности, инициативы обучаемых;
 - обеспечение демократического стиля общения со стороны педагога при организации процесса обучения;
3. Мониторинг хода и результатов деятельности в вопросах достижения KPI сотрудниками, обеспечивающих результативность формирования интегральной эффективности социальной организации в интегративной системе повышения квалификации – внутрикорпоративной системе обучения, обусловила логику принципов построения предложенной нами системы:
 - непрерывность обучения в процессе всего периода формирования и развития карьерных ориентаций путем совершенствования профессиональной компетентности, заканчивающегося аттестацией;
 - дифференцированность обучения с учетом уровня знаний и умений конкретного социального работника, специалиста по социальной работе, его личностных особенностей, способствующих формированию «социального вектора» в карьерных устремлениях, определенных в результате диагностики;
 - высокая доля вовлеченности «основного персонала» учреждения;
 - практикоориентированность при организации процесса обучения специалистов по социальной работе, социальных работников (обучение в контексте реальной профессиональной деятельности);
 - вариативность обучения, основанная на возможности педагогом выбора форм, средств повышения квалификации;
 - использование в процессе обучения современных тенденций развития общества;
 - актуальность обучения целям социальной организации в целом и профессиональным задачам, стоящим перед специалистами по социальной работе, социальными работниками.

Модель интегративной системы внутрикорпоративного обучения (ВКО) содержит три основных блока: целевой, содержательный и результативный. Кроме того, структура модели содержит два интегрированных блока: повышение квалификации специалистов по социальной работе и повышение квалификации

социальных работников. Каждый из блоков содержит инвариантную и вариативную части. Целью реализации интегративной системы ВКО является повышение уровня профессиональной компетенции кадров социальной работы – специалистов учреждений социальной сферы, формирующего «социальный вектор» в их карьерных устремлениях. Критериями эффективности реализации интегративной системы ВКО являются формирование профессиональных компетенций у социальных работников, специалистов по социальной работе, обуславливающих развитие карьерных ориентаций в «социальном векторе» профессиональной «Я – концепции»; повышение интегральной эффективности учреждения социальной сферы.

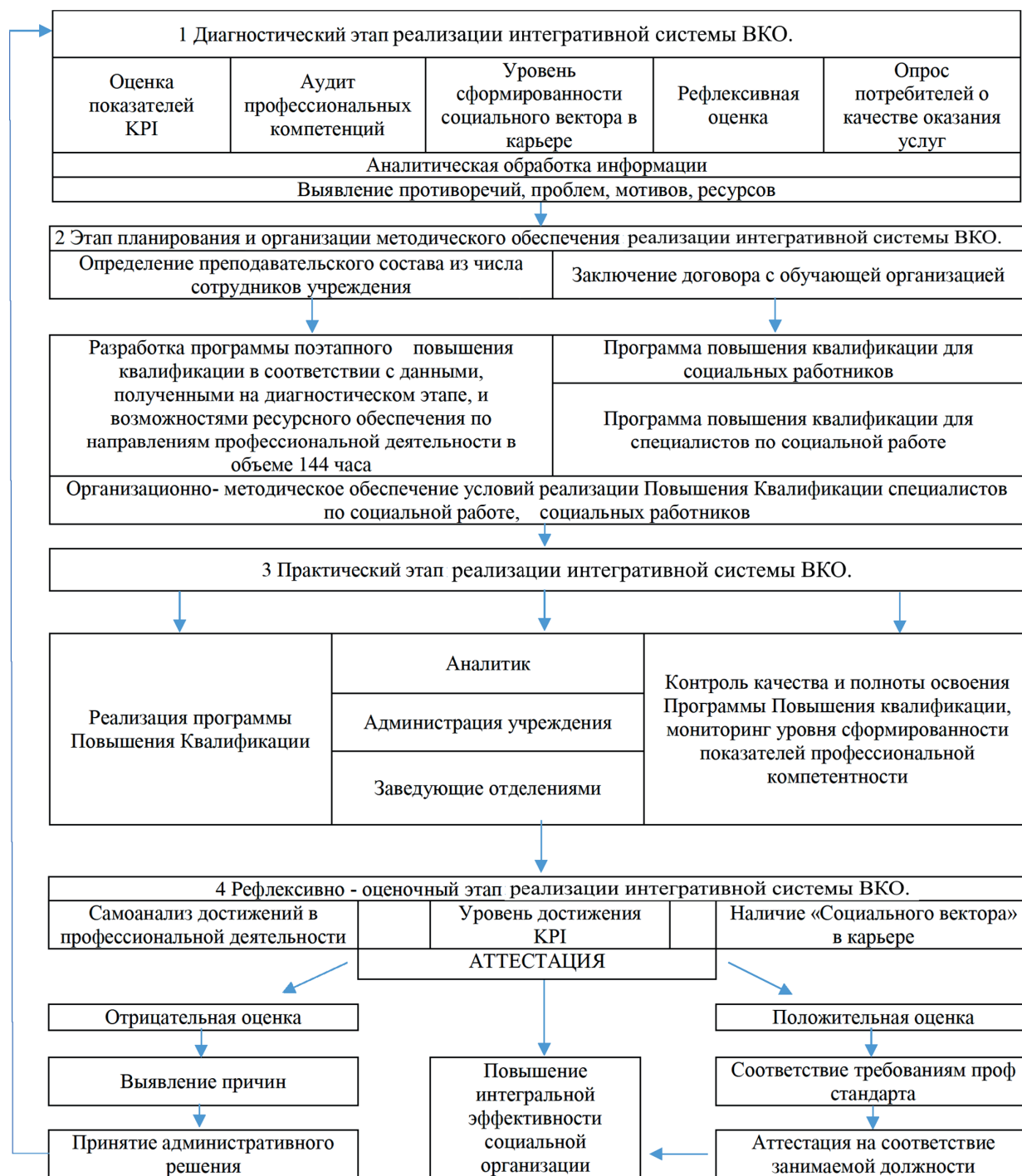


Рисунок 1. Алгоритм реализации интегративной системы ВКО

Реализация интегративной системы внутрикорпоративного обучения осуществлялась поэтапно, в соответствии с разработанным алгоритмом (рисунок 1).

Формирование профессиональной компетентности специалистов по социальной работе, социальных работников обеспечивается путём реализации трех направлений обучения:

- актуализации знаний и умений по вопросам, направленным на решение реальных, лично значимых задач социальных работников, специалистов по социальной работе;

- методической поддержки социальных работников, специалистов по социальной работе непосредственно в условиях образовательного процесса при решении актуальных проблем (задач) социального обслуживания;

- обеспечении условий, мотивирующих самообразование специалистов по социальной работе, социальных работников.

Вместе с тем, под актуализацией мы понимаем формирование знаний и умений непосредственно в условиях обучающих курсов, семинаров, «круглых столов» как результативный механизм, позволяющий специалисту по социальной работе, социальному работнику ознакомиться с нормативными документами, недавно вступившими в законную силу, инновационной и собственно профессиональной практикой, новыми методами и формами социального обслуживания, современными технологиями предоставления социальных услуг, в изменяющемся правовом поле.

Данная форма развития профессиональной компетентности предоставляет сотрудникам организации социальной сферы возможность получения комментариев и советов по актуальным для него проблемам от компетентных специалистов как в области социальной работы, так и в смежных областях.

Остановимся подробнее на описании реализации интегративной системы внутрикорпоративного обучения в организации социальной сферы в БУ «КЦСОН Азовского немецкого национального района». В рамках формирующего этапа экспериментального исследования разработанная нами интегративная система внутрикорпоративного обучения была внедрена как альтернативная форма повышения квалификации сотрудников учреждения в качестве пилотного проекта.

Реализация интегративной системы внутрикорпоративного обучения в БУ «КЦСОН Азовского немецкого национального района» осуществлялась в соответствии со схемой взаимодействия субъектов ВКО, представленной



Рисунок 2. Схема взаимодействия субъектов интегративной системы ВКО

на рисунке 2, поскольку изменения социальной политики государства, проводимые в нашей стране, старение населения, вхождение на рынок социальных услуг негосударственных поставщиков, обуславливают необходимость внедрять в процесс социального обслуживания инновационные формы предоставления социальных услуг. Это означает, что в значительной степени должны измениться привычные методы работы специалистов по социальной работе, социальных работников.

В соответствии с алгоритмом реализации интегративной системы ВКО экспериментальная работа была начата с диагностического этапа, который предусматривал анализ различных сторон профессиональной деятельности специалистов по социальной работе, социальных работников. Диагностике подвергались следующие составляющие профессиональной деятельности:

- выполнение ключевых показателей эффективности;
- уровень развития карьерных ориентаций в «социальном векторе»;
- индивидуальный коэффициент эффективности деятельности;
- мнение клиентов о качестве предоставленных социальных услуг;
- самодиагностика уровня развития социальной и деятельностной самоэффективности.

Данный этап завершился анализом выявленных ресурсов, проблем и противоречий, как каждого сотрудника в частности, так и всего учреждения в целом. Полученные аналитические данные и сформулированные на их основе выводы позволили определить оперативные цели и перспективные задачи профессиональной деятельности в организации социальной сферы и перейти к следующему этапу.

По результатам проведенных диагностических мероприятий формировался контингент обучающихся из числа специалистов по социальной работе, социальных работников, уровень выполнения которых КРП и индивидуального коэффициента эффективности был ниже среднего значения по учреждению, и близко к уровню среднего значения. Опираясь на данные аналитического заключения, методистом учреждения, совместно с заместителем руководителя разрабатывались программы повышения квалификации для двух категорий сотрудников: социальных работников и специалистов по социальной работе, поскольку профессиональные задачи каждой из них имеют существенные отличия, связанные с уровнем профессиональной подготовки и характером основной деятельности. Учитывая требования профессиональных стандартов указанных групп специалистов, объем программы повышения квалификации должен был предусматривать не менее 144 часов учебной нагрузки, из них- 100 – теоретических и 44-практических. При этом программа повышения квалификации предусматривала профессиональные интересы сотрудников с учетом выявленных проблем в реализации должностных функций. Программа повышения квалификации ориентирована на совершенствование профессиональных компетенций специалистов по социальной работе, социальных работников на территории организации социальной сферы, используя ресурсы организации и без отрыва от основной деятельности. Обучение носило практико-ориентированный характер и включало современные интерактивные образовательные технологии и средства обучения.

Структура программы повышения квалификации включала:

- пояснительную записку с указанием актуальности, цели, задач программы, компетенций подлежащих развитию;
- учебно-тематический план с указанием количества часов, отведенных на изучение каждого раздела и темы. Из них: количество часов, предусмотренных на проведение лекций, практических занятий, контроль;

- формы и методы обучения;
- список рекомендуемой литературы;
- задания по итоговой аттестации;
- ожидаемый результат.

Цель программы: совершенствование профессиональных компетенций сотрудников организаций социальной сферы – социальных работников, специалистов по социальной работе.

Задачи программы:

- способствовать формированию системы актуальных знаний о принципах предоставления социальных услуг на территории Омской области, технологиях оказания социально-педагогических услуг; оказания ситуационной помощи инвалидам; принципах организации санитарно-противоэпидемических мероприятий в учреждении социального обслуживания;

- сформировать у слушателей представление об организации работы по оформлению документации, связанной с предоставлением социальных услуг, и отчетности об объемах оказанных социальных услуг; об организации работы по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста в рамках программы обучения «Университет третьего возраста»;

- раскрыть специфику проведения независимой оценки качества и условий оказания социальных услуг;

- способствовать овладению слушателями теоретических и практических знаний об основах использования технических средств реабилитации, особенностях общения с целевой аудиторией (инвалиды, в том числе психиатрического профиля), позволяющих грамотно осуществлять внедрение новых форм и методов работы;

- познакомить слушателей с основами социально-медицинской работы, её содержанием и методикой, основных направлений деятельности бюро МСЭ.

К специалистам, реализующим программу повышения квалификации, предъявлялись следующие требования: наличие высшего образования (медицинское, педагогическое, гуманитарное); практический опыт в области социальной, социально-медицинской работы; опыт преподавательской деятельности. Квалификация специалистов подтверждалась соответствующими документами об образовании.

Следующим шагом в реализации интегративной системы ВКО было необходимо определить график обучения социальных работников, специалистов по социальной работе, с учетом выполняемых профессиональных функций без отрыва от производства. Оптимальным решением представлялся режим образования 1 день в неделю по 8 часов учебной нагрузки. Таким образом, реализация программы повышения квалификации в интегративной системе внутрикорпоративного обучения в организации социальной сферы заняла 18 недель. Состав группы слушателей формировался по признакам профессиональной деятельности: социальные работники, специалисты по социальной работе. Для реализации целей эффективного обучения численность группы слушателей не превышала 8 человек.

По окончании обучения, организацией социальной сферы заключался договор с аккредитованной образовательной организацией на проведение аттестации сотрудников учреждения и последующей выдачей свидетельства о повышении квалификации сотрудникам, успешно прошедшим итоговую

аттестацию. Кроме того, в рамках реализации интегративной системы ВКО, учреждением внедрена практика выступлений специалистов на аппаратных совещаниях при руководителе учреждения, а также в Межрайонном управлении Министерства труда и социального развития по вопросам, входящим в компетенцию должностного лица. Данные выступления были реализованы по отдельному плану в течение календарного года. Такая форма взаимодействия в образовательном пространстве позволяла устранить коммуникативные барьеры сотрудников, и обеспечить практику подготовки специалиста к самостоятельной деятельности в профессиональном поле. План выступлений-докладов предусматривал не менее трех сессий каждого сотрудника в течение года. Выполнение мероприятий плана рассматривалось на ежегодной аттестационной комиссии учреждения.

Выполняемые мероприятия по повышению квалификации в рамках реализации интегративной системы ВКО отслеживались аналитиком учреждения совместно со специалистом по управлению персоналом для целей последующего представления на аттестационной комиссии путем заполнения формы Представления и Отзыва непосредственного руководителя структурным подразделением. Повторные диагностические мероприятия, проведенные перед началом реализации интегративной системы ВКО, проводятся в конце календарного года с целью сопоставления данных на «входе» и «выходе» для полного анализа результатов реализации интегративной системы ВКО.

В результате реализации интегративной системы ВКО все специалисты по социальной работе, социальные работники были аттестованы аттестационной комиссией учреждения. Профессиональная квалификация основного персонала учреждения социальной сферы соответствует требованиям профессиональных стандартов, учитывая требования действующего законодательства о поэтапном переходе работы организаций на профессиональные стандарты до 2020 года.

Лукьянова И.В., учитель-дефектолог
Государственного автономного учреждения
Астраханской области «Научно-практический центр
реабилитации детей «Коррекция и развитие»

РАЗВИВАЮЩИЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОВЗ

В данной статье мы обращаемся к описанию развивающих игр в контексте математического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, считая их инновационным средством, не теряющим своей актуальности и значимости на протяжении многих столетий и постоянно обновляющимся новыми игровыми образцами, чаще всего авторскими.

Для выявления возможностей развивающих игр в процессе формирования математических представлений у детей с ОВЗ, мы, прежде всего, рассмотрели определения, сущность и содержание основных понятий: «математические представления детей с ОВЗ» и «развивающие игры».

Проблема формирования математических представлений у подрастающего поколения не является новой, к ней обращались ученые различных эпох, начиная с античности и средневековья (Аристотель, Геродот, Я.А. Коменский, И.Г. Песталоцци, Ф. Фребель, М. Монтессори, А.В. Грубе, В.А. Лай, Н.Н. Аменицкий) и до настоящего времени, она интерпретировалась в зависимости от научных направлений исследований и авторских позиций (Л.В. Глаголева, А.М. Леушина, Ф.Н. Блехер, Н.Н. Лежава, А.А. Люблинская, А.А. Столяр, Т.В. Тарунтаева).

Собирательным понятием можно считать определение математических представлений, которое раскрывается как наличие у детей представлений о числе, величине, форме, цвете, пространстве, времени, множестве предметов, так и отношений между ними, произведения логических операций. У ребенка, развивающегося без патологий развития, формирование данных представлений начинается с дошкольного возраста и достигает определенных положительных результатов к моменту поступления в школу.

Имеющиеся данные в области специальной педагогики и психологии (Л.Б. Баряева, Г.В. Брыжинская, Т.А. Власова, З.М. Дунаева, М.С. Певзнер, Е.А. Стребелева, И.В. Чумакова и др.) определяют, что у детей с ограниченными возможностями здоровья становление математических представлений происходит гораздо медленнее, у них не сформированы сенсомоторные, интеллектуальные, речевые, эмоциональные предпосылки к математической деятельности. Сам же процесс математического развития и формируемые математические представления могут быть полноценными лишь в условиях специально организованного коррекционно-развивающего обучения. Отмечается, что оно должно опираться на игровую деятельность, в процессе которой легче усвоить весь объем математических знаний, осознанно овладеть навыками счета, измерения, приобрести элементарную, прочную основу ориентировки в общих математических понятиях.

Система развивающих игр, которую в свое время окрестили как «Педагогика Предоставления Возможностей» была представлена еще в трудах В.А. Сухомлинского, Б. Спока, Я. Корчака, называясь основной формой умственного развития детей раннего возраста. При всем своем разнообразии игры были объединены под общим названием не случайно: все они исходили из общей идеи,

обладали одними и теми же характерными особенностями, имели в основе ситуацию, из которой ребенку необходимо было найти выход.

В середине 50-х гг. XX века этой системой вплотную заинтересовалась семья педагогов Бориса Павловича и Елены Алексеевны Никитиных, которые практиковали использование развивающих игр с детьми своего многочисленного семейства. Успешно осуществляя, проверяя опытным путем и глубоко осмысливая, додумывая подобного рода игры в условиях семьи, Никитины не просто собирают, подбирают методически и описывают их развивающее начало и значение, но и оформляют свой игровой опыт для последующих поколений.

В интерпретации Б.П. Никитина и Л.А. Никитиной «развивающие игры» представляют собой наборы задач постепенно возрастающей сложности очень широкого диапазона, от элементарных, доступных 2–3-летнему малышу, до таких, с которыми трудно справляются взрослые. Эти игры нацелены исключительно на развитие творческих мыслительных способностей ребенка. Их, конечно, нельзя называть играми в подлинном смысле этого слова. Это скорее обучение с использованием игровых моментов, которые носят название «ступеньки творчества».

По мнению Никитиных для развивающих игр характерны следующие особенности:

1. Каждая игра представляет собой набор задач, которые ребенок решает с помощью кубиков, кирпичиков, квадратов из картона или пластика, деталей из «конструктора-механика». Задачи даются ребенку в различной форме: в виде модели, плоского рисунка, рисунка в изометрии, чертежа, письменной инструкции и т.п., таким образом, знакомят его с разными способами передачи информации.

2. Решение задачи предстает перед ребенком не в абстрактной форме ответа, а в виде рисунка, узора или сооружения из подручных материалов – видимых и осязаемых вещей. Это позволяет сопоставлять наглядно задание с решением и самому проверять точность выполнения задания.

3. Задачи расположены в порядке возрастания сложности и имеют широкий диапазон трудностей. Поэтому такие игры могут возбуждать интерес в течение многих лет, каждый раз преподносясь ребенку по-разному.

Постепенное возрастание трудности задач в описываемых играх позволяет ребенку идти вперед и совершенствоваться самостоятельно, то есть развивать свои творческие способности, в отличие от обучения, преимущественно формирующего исполнительские черты у ребенка.

Близко для темы нашей статьи определение Н.Н. Васильевой, Н.А. Новоторцевой, в котором развивающие игры рассматриваются как игры «нового типа», необходимый элемент в воспитании ребенка, моделирующие творческий процесс и создающие свой микроклимат, помогающий ускорять темпы умственного развития, совершенствовать возможности интеллекта.

Важным моментом при использовании развивающих игр в педагогической практике является замечание Н.Г. Вознюк о том, что такие игры следует выбирать исходя из возраста и уровня развития ребенка. Они могут использоваться самостоятельно в виде тематических карточек, картинок, пазлов, специальных схемы, ребусов, а также служить дополнением к существующим играм, занятиям или системам обучения. Поражающие своим многообразием и множеством, они могут представлять собой простые задания, вроде откапывания заранее спрятанных вещей в песке, или более сложных, как, например, найти логическое решение какой-то задачки. Такой спектр позволяет

подобрать те из них, которые доступны для воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, оказывают на них корригирующее воздействие.

Однако для того, чтобы полноценно применять описываемые игры в работе с детьми с ОВЗ, специалистам необходимо знать и особенности их игровой деятельности. Если охарактеризовать их игру в самом общем плане, то ей свойственны однообразие, отсутствие творчества, бедность воображения, недостаточная эмоциональность, низкая активность. Игра отличается отсутствием развернутого сюжета, недостаточной координированностью действий участников, нечетким разделением ролей и столь же нечетким соблюдением игровых правил. Недостаточность представлений, естественно, ограничивает и задерживает развитие воображения, имеющего важное значение в формировании игровой деятельности.

Данные исследований (Л.И. Катаева, И.А. Морозова, М.А. Пушкарева, Г.В. Степанова, В.Л. Шарохина и др.) дают основания полагать, что организованная коррекционно-образовательная деятельность, ведущим методом которой является развивающая игра, позволяет преодолеть различного рода нарушения у воспитанников с ОВЗ и, прежде всего, усовершенствовать их интеллектуальное развитие, усвоить программный материал, вызвать эмоциональный отклик.

Современные развивающие игры представлены большим разнообразием, они универсальны по сути и по содержанию опираются на фундаментальные учения прошлого. В статье мы останавливаемся на трех их разновидностях. Это «Игралочка по математике» авторов Л.Г. Петерсон, Е.Е. Кочемасовой; «Блоках Дьенеша» и «Палочках Кюизенера». Представим их по порядку.

«Игралочка» может использоваться как самостоятельный курс математического развития дошкольников (в соответствии с п. 2.11.2.ФГОС дошкольного образования), а также в качестве одного из разделов образовательной области «Познавательное развитие» комплексной программы дошкольного образования «Мир открытий». В основу курса «Игралочка» положена новая концепция, реализующая системно-деятельностный подход, представленная в непрерывной образовательной системе Л.Г.Петерсон («Школа 2000...»).

Программа Л.Г. Петерсон, Е.Е. Кочемасовой «Игралочка» ставит своей целью создание интересной, содержательной и значимой с позиции общих представлений об окружающем мире системы математических понятий. Поэтому одна из основных задач курса – обучение дошкольников построению, исследованию и применению математических моделей окружающего их мира.

Новизна программы заключается в организации процесса освоения образовательного материала: ключевые понятия вводятся через игровые задания и упражнения, поэтому внимание воспитанников акцентируется на важных моментах, не снижая интереса к самому виду деятельности, по окончании изучения каждой темы проводится итоговая игра – путешествие. Все занятия проходят в игровой форме (беседы, наблюдения, решение проблемных ситуаций, игры с правилами, опыты, моделирование, экспериментирование).

В специальной литературе (Г.И. Альмяшева Л.Б. Баряева, И.Г. Вечканова, С.Д. Забрамная, К.К. Ильясова, М.Н. Перова, Н.Я.Семаго, Т.Н. Фоменок, Л.В. Шевчук) блоки Дьенеша называют одним из наиболее эффективных пособий, разработанных венгерским психологом и математиком З. Дьенешем для ранней логической пропедевтики, и, прежде всего, для подготовки мышления детей к усвоению математики.

Приведем примеры некоторых используемых нами развивающих игр с Блоками Дьенеша.

Игра «Этажи»

Программные задачи:

- развивать умение классифицировать и обобщать геометрические фигуры по признакам;
- упражнять в счете;
- развивать ориентировку в пространстве, внимание, логическое мышление.

Материал: набор блоков.

Ход игры: предлагаем выложить в ряд несколько фигур – 4-5 шт. Это жители первого этажа. Теперь строим второй этаж дома так, чтобы под каждой фигурой предыдущего ряда оказалась деталь другого цвета (или размера, формы). Вариант 2: деталь такой же формы, но другого размера (или цвета). Вариант 3: строим дом с другими деталями по цвету и размеру.

Игра «Сказка в царстве блоков»

Цель игры: знакомить с блоками, их свойствами, развивать внимание, умение выявлять, абстрагировать свойства (размер, форма, толщина), воображение, творческое мышление.

Материал: блоки Дьенеша по одной коробке на три человека.

Описание игры: дети выбирают цвет для своего царства (желтый, синий, красный). Ведущий рассказывает сказку, а дети назначают блоки на роли героев, и строят из них своё царство. «В некотором царстве, в некотором государстве жил-был царь. Он был сильный, большой, толстый и похож на прямоугольник (детям выбирают блок – большой толстый прямоугольник). У царя была царица, очень похожая на него, только тоньше (выбираем блок – большой тонкий прямоугольник). Жили они очень счастливо, и было у них двое детей, похожих на них, только маленьких (маленький толстый и тонкий прямоугольники). И вот однажды...»

Варианты: далее сказку можно продолжить по замыслу детей или в соответствии с темой (пошли в лес за грибами..., взяли домашнего питомца...). В играх с блоками Дьенеша очень удобно использовать в качестве дополнительного материала карточки с символами свойств и логические кубики, представленные в дидактическом наборе «Давайте вместе поиграем».

Одной из достаточно известных технологий в современной образовательной среде, развивающей математические способности не нормативного ребенка, принято считать «Палочки Кюизенера». Названы они в честь своего создателя – бельгийского ученого Дж. Кюизенера. В интерпретации пользователей со временем они приобрели своеобразные названия: цветные палочки, цветные числа, цветные линейки. Это обусловлено их формой и цветом согласно которому каждый из 10 различных по цвету и величине параллелепипедов образует свое семейство («Красная семья, кратная 2», «Синяя семья, кратная 3», «Желтая семья, кратная 5»).

Их цветная сенсорная основа в полном объеме удовлетворяет потребности детей в познании форм, объемов, величин, цветов; способствует развитию пространственных представлений, речевого сопровождения своих действий. Причем речь обогащается математическими терминами и понятиями. Упражняясь с палочками, воспитанники познают азы геометрии как основы математического образования. Вследствие незрелости моторных функций у некоторых воспитанников с ОВЗ наблюдается скованность пальцев и кистей рук. В свою очередь соприкосновение с палочками, их перебирание и конструирование раскрепощает двигательные центры.

Педагоги нашего учреждения также имеют опыт эффективного использования палочек Кюизенера в работе с детьми с ОВЗ по ознакомлению их с геометрическими фигурами, формой предметов и размерами, а также по развитию мыслительных умений (сравнения, обобщения, классификации, абстрагирования), комбинаторных, конструктивных, творческих способностей. Предпочтительной выступает игровая подача материала.

Начиная работу в данном направлении, нами был приобретен дидакто-методический материал, а именно методическая литература и демонстрационные пособия, благодаря которым создавалась предметно-развивающая среда для вооружения воспитанников математическими представлениями в рамках представленного игрового поля. Среди литературных источников используются следующие «Как работать с палочками Кюизенера», «Развивающие игры и занятия с палочками Кюизенера», «Использование палочек Кюизенера и логических блоков Дьенеша для развития логико-математических представлений»; среди наглядного и раздаточного сопровождения – альбомы: «Дом с колокольчиками», «На золотом крыльце...», «Волшебные дорожки», сюжетно-дидактические игры: «Страна блоков и палочек».

Сотрудниками нашего центра замечено, что подобного рода развивающий игровой материал полезен на разных этапах работы с воспитанниками, проходящими коррекцию и реабилитацию, будь то диагностика или занятия с узкими специалистами. У детей возникает интерес к цветным палочкам, у некоторых из них, в зависимости от особых образовательных потребностей, степени тяжести и времени проявления болезни, наличия сопутствующих заболеваний, возраста и прочих обуславливающих факторов, появляется стремление взаимодействовать с ними в более конкретной ситуации. Например, построить дом определенного цвета и размера и разместить там героев мультиков; выложить мост через речку по определенной схеме (желтая палочка – зеленая – красная) с повторением или изменением последовательности; сконструировать гаражи для машин разных размеров; измерить с помощью самой маленькой палочки длину других предметов; создать из логических блоков из палочек силуэты предметов.

Также педагогами-дефектологами и логопедами задействованы альбомы с игровыми заданиями на размещение в них выше обозначенных палочек в заданном игровой инструкцией порядке. Интересен тот факт, что в альбоме представлены схемы, по которым возможно составление целого сюжетного рисунка, рассказа, сказки.

В зависимости от организационной формы занятия, устраиваются соревновательные моменты («Кто быстрее?», «Кто ровнее?», «Кто выше?», «Кто больше?»). Таким образом, являясь многофункциональным математическим пособием, цветные палочки Кюизенера способствуют формированию у воспитанников с ОВЗ числовой последовательности, состава числа, отношений «больше-меньше», «выше-ниже», «право-лево», «между, сверху, внутри, над, впереди-позади».

Опыт применения развивающих игр как средства формирования у воспитанников с ОВЗ математических представлений позволил нам сделать выводы о том, что несмотря на содержательную и непосредственную принадлежность некоторых из них к математической сфере, призванных объяснить детям на должном уровне математические концепции и законы, систематизировать математические представления, они оказывают дополнительное положительное воздействие на ряд пограничных областей (развитие речи, моторики, психических познавательных процессов, обучение грамоте), приучают к порядку. Все это позволяет говорить об успешном коррекционном воздействии выбранных игр на воспитанников с ОВЗ в целом.

Список литературы

1. Баряева, Л.Б., Формирование элементарных математических представлений у дошкольников (с проблемами в развитии). – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена; Изд-во «СОЮЗ», 2012. – 479 с.
2. Брыжинская, Г.В., Математическая подготовка к школе детей с нарушением интеллекта в условиях педагогической системы Монтессори: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 1998. – 19 с.
3. Васильева, Н.Н., Новоторцева, Н.А., Развивающие игры для дошкольников. – Ярославль: Мысль, 2007. – 113 с.
4. Вознюк, Н.Г., Полная энциклопедия современных развивающих игр для детей. От рождения до 12 лет. – М.: Рипол Классик, 2009.
5. Дунаева, З.М., Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития // Дефектология. – 2000. - № 4. – с. 27-36.
6. Как перейти к реализации ФГОС второго поколения по образовательной системе деятельностного метода обучения «Школа 2000...»/Под ред. Л.Г. Петерсон. – М.: АПК и ППРО, УМЦ «Школа 2000...», 2010. – 77 с.
7. Комарова, Л.Д., Как работать с палочками Кюизенера. – М.: Гном и Д., 2008. – 64 с.
8. Краско, Е.В., Использование палочек Кюизенера и логических блоков Дьенеша для развития логико – математических представлений (из опыта работы) // <http://www.maam.ru/detskijasad/html>
9. Лелявина, Н.О., Финкельштейн, Б.Б., Методические советы по использованию дидактических игр с блоками Дьенеша и логическими фигурами. – СПб.: Питер, 2016.
10. Леушина, А.М., Формирование элементарных математических представлений у детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 2004. – 368 с.
11. Морозова, И.А., Пушкарева, М.А., Развитие элементарных математических представлений: конспекты занятий для работы с детьми 5-6 лет с ЗПР. – М.: Мозаика – Синтез, 2017. – 128 с.: ил.
12. Никитин, Б.П., Развивающие игры. – М.: Педагогика, 2005. – 120 с.
13. Новикова, В.П., Тихонова, Л.И., Развивающие игры и занятия с палочками Кюизенера. – М.: Мозаика-Синтез, 2009. – 100 с.
14. Петерсон, Л.Г., Кочемасова, Е.Е., Курс математического развития дошкольников «Игралочка». – М.: Бинوم, 2018. – 80 с.
15. Степанова, Г.В., Занятия по математике для детей 5-6 лет с трудностями в обучении. – М., 2010. – 128 с.
16. Формирование элементарных математических представлений у дошкольников / Под ред. А.А. Столяра. – М.: Просвещение, 2008. – 303 с.
17. Чумакова, И.В., Формирование дочисловых количественных представлений у дошкольников с нарушениями интеллекта. – М.: ВЛАДОС, 2011. – 88 с.
18. Шарохина, В.Л., Катаева, Л.И., Коррекционно-развивающие игры и упражнения. – М.: Национальный книжный центр, 2010.

Мусхаджиева Т.А., к.п.н., доцент кафедры
специальной психологии и дошкольной дефектологии
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет»

РОЛЬ И МЕСТО РОДИТЕЛЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОЦЕССА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В настоящее время международное и российское законодательство уделяет все больше внимания инклюзивному образованию. В частности, в Конвенции о правах инвалидов (2006) (принятой Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. №61/106 и ратифицированной в Российской Федерации Федеральным законом от 3 мая 2012 г. №46-ФЗ) говорится о праве каждого инвалида в полной мере участвовать в инклюзивном, качественном образовании наравне с людьми, которые не обозначены как инвалиды, без дискриминации и на основе равенства возможностей.

Инклюзивное образование обеспечивает правом всех детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) пользоваться образовательными услугами, а так же правом участия их семей в формировании образовательной среды, где разнообразие предполагается, приветствуется и рассматривается как богатый ресурс, а не как «проблема». Инклюзивность ценит активное участие в образовательном пространстве каждого ребенка в качестве полноправного члена общества, так как формирование знаний и навыков детей происходит в процессе их взаимодействия друг с другом.

К сожалению, отмечающееся негативное отношение немалой части общества к лицам с ОВЗ ограничивает возможности развития для детей данной категории. Отношение к детям-инвалидам представляет один из ключевых факторов или серьезное препятствие для их включения и участия в общем образовании. Инклюзивное образование предоставляет возможность для формирования соответствующего отношения к людям с ограниченными возможностями.

Из практики Чеченского педагогического университета, в котором (как и во всех вузах страны) обучаются студенты-инвалиды, можно сказать, что ежедневное взаимодействие, общение всех категорий (по здоровью) студентов позволяет типичным студентам заметить, что, как и у них самих, и у студентов с ограниченными возможностями есть сильные и слабые стороны. Специалисты практически определили, что для изменения отношения к людям с ограниченными возможностями требуется трансляция информации об инвалидах, а также опыта работы с людьми с инвалидностью. Активное включение лиц с ОВЗ в образовательную (воспитательную) среду облегчает выполнение обоих этих требований.

Нами было проведено исследование, цель которого состояла в том, чтобы изучить отношение родителей «нормально» развивающихся детей к включению детей с ограниченными возможностями в обычное образование.

В частности, исследование было направлено на изучение сходств и различий в отношении двух групп родителей детей без инвалидности: группы

родителей детей дошкольного возраста и группы родителей детей школьного возраста (начальная школа) к включению в общеобразовательный процесс лиц с инвалидностью.

Для реализации исследования была использована специально подготовленная анкета с 6 вопросами и списком из десяти позиций по различным утверждениям об обучении детей с ограниченными возможностями в обычном классе.

Первый раздел включал четыре персональных вопроса (например, пол, возраст, образование и занятость родителей) и два вопроса, на которые родителям необходимо было ответить: есть ли у них возможность взаимодействовать и установить контакт с каким-либо человеком с ограниченными возможностями и каково их отношение (в общем) к людям с ограниченными возможностями (положительное или отрицательное).

Второй раздел включал мнения об обучении детей с ограниченными возможностями в обычном классе, родители должны были оценить уровень согласия, используя четырехуровневую шкалу Ликерта (1 – полностью не согласен; 2 – не согласен; 3 – согласен, 4 – полностью согласен).

В опросе приняли участие 78 родителей, у 50 (56,9%) из них есть ребенок дошкольного возраста (от 3 до 5 лет) и у 28 (43,1%) есть ребенок школьного возраста (от 6 до 10 лет). 54 (42,1%) респондентов были женщинами. Средний возраст респондентов составил 35,6 года, диапазон от 20 до 45 лет.

Полученные результаты показывают, что 64 (72,7%) всех родителей указали, что у них есть возможность вступить в контакт, взаимодействие с человеком с ограниченными возможностями.

Далее мы проанализировали отношение к инвалидам.

На вопрос «Каково ваше общее отношение к людям с ограниченными возможностями?», 82,9% всех родителей ответили, что положительно относятся к людям с ограниченными возможностями.

Необходимо отметить, что в отношении к детям-инвалидам обе группы родителей показали схожие результаты, то есть и родители детей дошкольного возраста, и родители детей младшего школьного возраста одинаково положительно относятся к детям с ОВЗ. Причем родители детей, посещающих начальную школу (школьного возраста), были чуть более позитивно настроены по отношению к людям с ограниченными возможностями по сравнению с другой группой родителей.

То, что касается обучения детей с ОВЗ в обычной школе. Половина родителей (58%) детей дошкольного возраста согласны, а 28,9% родителей детей школьного возраста не согласны с тем, чтобы ребенок с ограниченными возможностями был включен в группу/класс их ребенка. Родители школьников объяснили свое негативное отношение к инклюзивному обучению нехваткой специалистов в данном виде образовательных услуг.

Большинство родителей детей дошкольного возраста и родители детей школьного возраста «полностью согласны» с тем, что необходимо иметь обученный персонал в дошкольных учреждениях и школах, чтобы они могли помогать детям с ограниченными возможностями.

Большинство родителей детей дошкольного возраста показали значительный результат положительного отношения к утверждениям «Дети с ограниченными возможностями приобретут больше друзей в дошкольных

учреждениях/школах» и «Обычные дошкольные учреждения/школы укрепляют доверие к детям с ограниченными возможностями».

Детям с ограниченными возможностями, которые учатся в обычных школах, предоставляются возможности заниматься на более высоком академическом уровне и достигать результатов, которые в иных условиях были бы невозможны. Родители детей, посещающих дошкольное учреждение, были более готовы для включения детей с ограниченными возможностями по сравнению с группой родителей детей школьного возраста.

Несмотря на согласие родителей с утверждением «Все дети-инвалиды должны быть включены в обычные дошкольные учреждения/школы» (58% из них ответили «согласен» и «полностью согласен») на утверждение «Дети-инвалиды должны быть включены в специальные дошкольные учреждения/школы», 71,8% из них ответили, что «согласен» и «полностью согласен» с этим. Отчасти причиной этого противоречивого мнения может быть то, что почти 93% из них считают необходимым иметь обученный персонал в обычных дошкольных учреждениях и школах, который будет помогать детям с ограниченными возможностями.

Данные исследований свидетельствуют о том, что подлинно инклюзивное образование позволяет детям создавать и развивать дружеские отношения, которые они, возможно, не рассматривали или не встречали в других условиях. В нашем исследовании 70,6% родителей указали, что дети с ограниченными возможностями получают больше друзей в обычном дошкольном/школьном учреждении. Было установлено, что дети, участвующие в инклюзивном образовании, более независимы.

Многочисленные исследования в области инклюзивного образования, социального развития также показали, что включение приводит к более позитивному самоощущению и саморазвитию для детей, которые имеют и не имеют инвалидности.

Почти 73% родителей «согласны» и «полностью согласны» с тем, что дети с ограниченными возможностями, содержащиеся в обычной группе/школе, укрепляют их уверенность в себе.

Но в утверждении «Регулярное дошкольное/школьное инклюзивное образование приведет к тому, что дети с ограниченными возможностями будут иметь более низкую самооценку», 46,2% из них «согласны» и «полностью согласны» с этим.

Это еще один пример непоследовательного отношения родителей к инклюзивному образованию детей с ограниченными возможностями. Многие люди имеют негативные представления об инвалидах, которые часто могут быть основаны на страхе, неправильных представлениях и недостатке знаний.

Успешный процесс инклюзии требует, чтобы сообщество верило в компетентность системы образования реагировать на потребности всех учащихся. Родителям особенно необходимо обрести уверенность в способности школ понимать и эффективно обучать своих детей с ограниченными возможностями или без них.

Родители детей без инвалидности беспокоятся о том, что их ребенку не будет брошен вызов в инклюзивном классе, опасаясь, что учитель изменит учебную программу для всего класса. Родители также беспокоятся, что их недееспособный ребенок будет получать меньше внимания, так как учитель уделяет все дополнительное время ребенку с ограниченными возможностями. Нет достоверных фактов, что типично развивающиеся дети в инклюзивных классах

достигали более низких результатов, чем их сверстники в неинклюзивных условиях. Кроме того, ряд исследований показал, что дети без инвалидности из инклюзивных дошкольных учреждений набрали более высокие баллы в тестах на позитивное отношение к людям с ограниченными возможностями и на социальное принятие людей с ограниченными возможностями. Для успешного инклюзивного образования родители детей с ограниченными возможностями и без них должны быть проинформированы об этом процессе. Отношение оказывает огромное влияние на включение детей с ограниченными возможностями в обычную школу.

Многие авторы определили это отношение как основной барьер для включения в образование людей с ограниченными возможностями.

Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов (Принята в г. Нью-Йорке 13.12.2006 Резолюцией 61/106 на 76-ом пленарном заседании 61-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН)//<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=INT;n=37511>.

2. Агавона, Е.Л., Алексеева, М.Н., Алехина, С.В., Готовность педагогов как главный фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование №1: Инклюзивный подход и сопровождение семьи в современном образовании. М., 2011. – с. 302.

3. Алехина, С.В., Инклюзивное образование в Российской Федерации // Доклад Алехиной С.В., представленный 7.12.2010 года в рамках Международного симпозиума «Инвестиции в образование – вклад в будущее».

4. Интегрированное и инклюзивное обучение в образовательном учреждении. Инновационный опыт [Текст] / авт.-сост. А.А. Наумов., В.Р. Соколова, А. Н. Седегова. – Волгоград: Учитель, 2012. – 147 с.

5. Семенова, Л.Э., Психологическое благополучие субъектов инклюзивного образования [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / Л.Э. Семенова. – Электрон, текстовые данные. – Саратов: Вузовское образование, 2019. – 84 с. – 978-5-4487-0514-4. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/84679.html>

*Лори Поттс, физический терапевт «Рифтон»,
член Американской физиотерапевтической ассоциации,
член Ассоциации и Академии детских физиотерапевтов,
г. Нью-Йорк*

ДВИЖЕНИЕ КАК ОСНОВА ОБРАЗОВАНИЯ И ИНКЛЮЗИВНОСТИ

Welcome to this presentation, where we will discuss the importance of movement for children with disabilities. With movement, children with disabilities can be included and participate more in educational settings.

Without active movement in the upright position, children with disabilities will suffer the detrimental outcomes of inactivity and immobility. These include osteoporosis, bone fractures, muscle weakness and contractures, decreased endurance and difficulties with constipation, urinary tract infection, skin breakdown, and lack of motor skill development. With active movement, the reverse is true: children with disabilities experience the health benefits listed here.

Добро пожаловать на эту презентацию, где мы обсудим важность движения для детей с ограниченными возможностями. Благодаря движению дети с ограниченными возможностями могут быть вовлечены и больше участвовать в образовательной среде. Без активного движения в вертикальном положении дети с ограниченными возможностями будут страдать от пассивности и неподвижности. К ним относятся остеопороз, переломы костей, мышечная слабость и контрактуры, снижение выносливости и трудности с запорами, инфекциями мочевыводящих путей, разрушением кожи и отсутствием развития двигательных навыков. С активным движением верно обратное: дети с ограниченными возможностями испытывают перечисленные здесь преимущества для здоровья.

Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure. Bone strengthening occurs with maximizing the bone mineral density. This requires weight-bearing of sufficient duration. Importantly, bone strength is also achieved through structural changes to the bone that occur with novel, multidirectional forces from muscle action. For individuals with cerebral palsy, muscle strengthening is important to combat muscle weakness and contractures as well as to promote gross motor function. Fortunately, muscle strengthening has no adverse effect on spasticity. Aerobic activity is physical activity that increases both heart rate and respiratory rate, or number of breaths per minute. Aerobic exercise results in cardiovascular conditioning.

Физическая активность определяется как любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое приводит к расходу энергии. Укрепление костей происходит с максимальным увеличением минеральной плотности костей. Для этого требуется выдержка достаточной продолжительности. Важно отметить, что прочность кости также достигается за счет структурных изменений кости, которые происходят под действием новых разнонаправленных сил, возникающих в результате действия мышц. Для людей с церебральным параличом укрепление мышц важно для борьбы с мышечной слабостью и контрактурами, а также для улучшения общей двигательной

функции. К счастью, укрепление мышц не сказывается отрицательно на спастичности. Аэробная активность – это физическая активность, которая увеличивает как частоту сердечных сокращений, так и частоту дыхания или количество вдохов в минуту. Аэробные упражнения улучшают состояние сердечно-сосудистой системы.

Physical Exercise is a subset of physical activity that is planned, structured, and repetitive with the objective to improve or maintain physical fitness. The research references cited at the end of this presentation discuss the type of exercise, as well as frequency, intensity, and duration of exercise, that will impact bone, muscle, and cardiovascular health.

Физические упражнения – это часть запланированной, структурированной и повторяющейся физической активности с целью улучшения или поддержания физической формы. Ссылки на исследования, приведенные в конце этой презентации, обсуждают тип упражнений, а также частоту, интенсивность и продолжительность упражнений, которые влияют на здоровье костей, мышцы и сердечно-сосудистую систему.

Much of the current research on the impact of movement on participation and learning is with typically developing children, children with autism or attention-deficit and hyperactivity disorders, as well as older individuals with dementia or Alzheimers. From this research there is a strong indication that physical exercise is also beneficial within cognitive, psychological, and social-emotional domains. So planning a gradually increasing physical exercise program for children and youth with disabilities may have an impact beyond their physical health.

For children with cerebral palsy, current research supports interventions that enhance motor learning and neuroplasticity, with task-oriented, participation-based, goal directed interventions. The 2019 systematic review by Novak et al, cited on the last slide, consolidates this information.

Большая часть текущих исследований влияния движения на участие и обучение проводится с участием типично развивающихся детей, детей с аутизмом или расстройствами дефицита внимания и гиперактивности, а также пожилых людей с деменцией или болезнью Альцгеймера. Это исследование убедительно свидетельствует о том, что физические упражнения также полезны в когнитивной, психологической и социально-эмоциональной сферах. Таким образом, планирование постепенно увеличивающейся программы физических упражнений для детей и подростков с ограниченными возможностями может повлиять не только на их физическое здоровье.

В отношении детей с церебральным параличом текущие исследования поддерживают вмешательства, которые улучшают двигательное обучение и нейропластичность с помощью целенаправленных, ориентированных на участие и целенаправленных вмешательств. Систематический обзор Новака и др. за 2019 год, цитируемый на последнем слайде, обобщает эту информацию.

To support physical activity and movement in the upright position, an assessment of the child's needs must be completed. In healthcare, assessing needs related to motor development may be done by a child's primary care physician as well as with further referral to specialists in physiatry, neurology and orthopedics. Therapists will also play an important role, specifically pediatric physical therapists and occupational therapists. These therapists may serve in hospital settings providing outpatient services on referral from a doctor, or in-patient services for post-operative rehabilitation. Therapists working in a private practice clinic can also provide assessment. In the educational setting, the

assessment may be initiated by a child's teacher in the classroom, or by the gym or sports teacher in physical education. Importantly, there are physical and occupational therapists who work in the school system that will advocate for better positioning for function in the educational environment. When special equipment is prescribed, the equipment supply company may involve a trained assistive technology professional who can assist the therapist in either the healthcare or the educational setting to select the most appropriate device. The needs assessment will analyze the child's physical status, the task-demands for the specific desired activity, and the environmental context where it will take place.

Чтобы поддерживать физическую активность и движение в вертикальном положении, необходимо выполнить оценку потребностей ребенка. В сфере здравоохранения оценка потребностей, связанных с двигательным развитием, может осуществляться лечащим врачом ребенка, а также с дальнейшим направлением к специалистам в области физиатрии, неврологии и ортопедии. Терапевты также будут играть важную роль, особенно детские физиотерапевты и эрготерапевты. Эти терапевты могут работать в больницах, предоставляя амбулаторные услуги по направлению врача или стационарные услуги послеоперационной реабилитации. Терапевты, работающие в частной клинике, также могут предоставить оценку. В образовательной среде оценка может быть инициирована учителем ребенка в классе или учителем физкультуры. Важно отметить, что в школьной системе работают физиотерапевты и терапевты, которые будут выступать за лучшее позиционирование для работы в образовательной среде. Когда прописано специальное оборудование, компания-поставщик оборудования может привлечь обученного специалиста по вспомогательным технологиям, который может помочь терапевту в медицинских или образовательных учреждениях выбрать наиболее подходящее устройство. В ходе оценки потребностей будет проанализировано физическое состояние ребенка, требования к конкретному желаемому занятию и условия окружающей среды, в которых оно будет проводиться.

The evaluation includes the child's height and body dimensions, their weight and body composition, joint range of motion, skeletal structural integrity, and considerations of pain. Neurological screening examines issues of spasticity/ tone, reflexes, sensory processing, as well as coordination, posture, and balance.

It is also essential to obtain a baseline of the child's motor skills, including gait and walking skills, cardiopulmonary fitness and endurance, and even visual motor and perceptual skills. A complete evaluation will include psychosocial aspects beyond the biological aspects, such as a survey of the child's participation and other issues surrounding their quality of life.

Оценка включает рост и размеры тела ребенка, его вес и состав тела, диапазон движений в суставах, структурную целостность скелета и соображения боли. Неврологический скрининг исследует проблемы спастичности / тонуса, рефлексов, сенсорной обработки, а также координации, осанки и равновесия.

Также важно получить базовый уровень моторных навыков ребенка, включая навыки походки и ходьбы, сердечно-легочную физическую форму и выносливость, и даже зрительные моторные и перцептивные навыки. Полная оценка будет включать психосоциальные аспекты помимо биологических, такие как обследование участия ребенка и другие вопросы, связанные с качеством его жизни.

In the United States, beginning in the 1960's and 70's, laws have been passed at the federal and state level to assure funding for children and adults with disabilities. In healthcare, the medical services program, Medicare for adults, and Medicaid for children, started as basic medical insurance for Americans who couldn't afford to pay for health insurance. Then, the laws were changed and expanded over the years to provide coverage for people with disabilities. In Education, at the federal, state, and local level, there are also civil rights laws that assure access to education and inclusion into schools for children with disabilities. By these laws, the federal government provides financial support for state and local school districts. Included in these laws are provisions for supports and services, including assistive technology and adaptive equipment. On the individual level, families may obtain adaptive equipment via personal medical insurance, via charity organizations and fundraising, or in some cases, via private pay.

В Соединенных Штатах, начиная с 1960-х и 1970-х годов, на федеральном уровне и уровне штатов были приняты законы, обеспечивающие финансирование детей и взрослых с ограниченными возможностями. В сфере здравоохранения программы медицинского обслуживания Medicare для взрослых и Medicaid для детей начинались как базовая медицинская страховка для американцев, которые не могли позволить себе оплачивать медицинское страхование. Затем законы были изменены и расширены с течением времени, чтобы обеспечить страхование людей с ограниченными возможностями. В сфере образования на федеральном уровне, уровне штата и на местном уровне также действуют законы о гражданских правах, которые обеспечивают доступ к образованию и включение в школы детей с ограниченными возможностями. В соответствии с этими законами федеральное правительство оказывает финансовую поддержку школьным округам штата и местным округам. В эти законы включены положения о поддержке и услугах, включая вспомогательные технологии и адаптивное оборудование. На индивидуальном уровне семьи могут получить адаптивное оборудование через личное медицинское страхование, через благотворительные организации и сбор средств или, в некоторых случаях, за счет частной оплаты.

The ICF is the international classification of functioning, disability, and health, a framework for describing the health of individuals and of populations. It was adopted by the World Health Organization in 2001, and it expands our understanding of health beyond merely assessing body functions and structures. We now strategically incorporate modifications to overcome barriers that may exist in the environment or at the personal level. By incorporating adaptive equipment, we promote movement and health as the foundation for education and inclusion.

МКФ – это международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья, основа для описания здоровья людей и групп населения. Она была принята Всемирной организацией здравоохранения в 2001 году и расширяет наше понимание здоровья за пределы простой оценки функций и структур организма. Теперь мы стратегически внедряем модификации для преодоления барьеров, которые могут существовать в окружающей среде или на личном уровне. Используя адаптивное оборудование, мы продвигаем движение и здоровье как основу для образования и интеграции.

Сидор Т.В., Лапшина Л.А., специалисты по социальной работе,
Махова Е.А., заведующая

Социально-реабилитационное отделение для инвалидов
БУ СО ВО «КЦСОН Сокольского района»,
г. Сокол

ГАРДЕНОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ

Ключевые слова: инвалидность, молодые инвалиды, социокультурная реабилитация, гарденотерапия.

Аннотация: в статье рассматривается технология гарденотерапии с молодыми инвалидами как один из способов социокультурной реабилитации. Проанализирован опыт применения данной технологии в полустационарном учреждении социального обслуживания.

В настоящее время стремительно увеличивается количество людей с различными проблемами здоровья, то есть с инвалидностью.

Инвалидность следует рассматривать как оценочный параметр тяжести клинического течения болезни. Вместе с тем, инвалидность имеет большое социальное значение, так как характеризует потерю трудового потенциала населения.

Именно поэтому государство делает все возможное, чтобы улучшить положение инвалидов в обществе. В следствие данного аспекта в социальной политике государства приоритетными направлениями становятся социокультурная реабилитация и адаптация инвалидов, а также повышение качества их жизни. При комплексной организации социокультурной реабилитации можно успешно решить основные педагогические, социальные, культурные и социально-психологические проблемы не только детей-инвалидов, а также молодых инвалидов, что поможет им стать полноценными субъектами общественных отношений.

Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий и процесс, целью которых является помощь инвалиду в достижении и поддержании оптимальной степени участия в социальном взаимодействии и коммуникации, а также необходимый уровень культурной компетентности, что обеспечивает ему средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

Как известно, направления деятельности по социокультурной реабилитации начинают активно использоваться не только в учреждениях педагогической направленности и дополнительного образования, но и в учреждениях реабилитационного или социального характера, в том числе и в Комплексном центре социального обслуживания населения, которое играет огромную роль для молодых инвалидов и детей-инвалидов.

Так, например, в Вологодской области в городе Сокол находится Бюджетное учреждение социального обслуживания Вологодской области «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Сокол (далее – БУ СО ВО «КЦСОН»)), где функционирует социально-реабилитационное отделение для инвалидов.

Специалисты отделения оказывают социальные услуги в полустационарной форме детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья; совершеннолетним инвалидам молодого возраста, способным осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, наличия инвалидности; инвалидам старшего возраста; родителям, воспитывающим детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Благодаря творческому подходу к своей деятельности специалисты по социальной работе могут не только способствовать развитию адаптивности как жизненно важного качества личности получателя социальных услуг, но и препятствовать собственному профессиональному выгоранию. На наш взгляд, в арсенале специалиста по социальной работе, практикующего работу с людьми и детьми, имеющими инвалидность, должны быть различные виды терапии, что позволит обогатить деятельность социального работника.

«Гарденотерапия» (терапия природой, работа с природным материалом) – это особое направление психосоциальной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. «Гарденотерапия» является одним из новых методов, а также это из способов социокультурной реабилитации инвалидов, включения их в активную социально-направленную деятельность и адаптации в социуме.

Именно поэтому с апреля по июнь 2021 года на базе БУ СО ВО «КЦСОН Сокольского района» в социально-реабилитационном отделении для инвалидов была реализована программа по гарденотерапии «Сад на подоконнике», цель которой – создание условий для познавательной-исследовательской деятельности инвалидов, для адаптации полученных знаний и умений в самостоятельной жизни.

Программа была разработана для людей с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью в возрасте от 18 до 45 лет. Участники проекта получали теоретические знания о многообразии садовых и комнатных растений, научились выращивать и ухаживать за рассадой цветов, познакомились с условиями их содержания, а также научились понимать красоту растительного мира.

Мероприятия по посадке растений проходили очно, так и в онлайн-формате, поскольку в посадке растений участвовали и получатели социальных услуг полустационарной формы социального обслуживания АУ СО Вологодской области «Вологодский психоневрологический интернат №1» из г. Вологды. Такой формат общения помогал молодым людям и девушкам с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья пообщаться друг с другом, расширить свой кругозор, а также найти новых друзей.

Первый интерактив проходил в теплой дружеской атмосфере посредством платформы ZOOM, где ребята совместно выполняли задания, участвовали в викторинах, обменивались информацией. В завершении мероприятия все участники программы приняли участие в посадке семян садовых цветов, узнали о размножении и выращивании «фиалки» из листка, в рамках эксперимента посадили лук «севок» в опилки и грунт, посеяли семена петрушки и укропа. На следующих занятиях предполагалось совместно с молодыми инвалидами и специалистами ухаживать за посаженными растениями и ждать появления первых ростков.

Кроме полученных знаний, все участники мероприятия получили заряд энергии и отличного настроения от совместной работы!

На других занятиях программы «Сад на подоконнике» молодые инвалиды получали теоретические знания о выращивании овощей: учились делать аппликации на тему «Огород», смотрели фильм, как правильно выращивать растения. Затем каждый из них смог побывать в роли садовода. С помощью специалистов по социальной работе участники программы посадили перцы и помидоры в отдельные горшочки, а затем все вместе полили рассаду.

На последнем этапе программы ее участники делились друг с другом своими первыми результатами своего труда. Оказалось, что у ребят из АУ СО Вологодской области «Вологодского психоневрологического интерната №1» дала хорошие всходы петрушка, а у сверстников из БУ СО ВО «КЦСОН Сокольского района» выдался богатый урожай лука.

А вот следующий этап мероприятия была работа на участке. Молодые люди и девушки из г. Сокола высадили на грядку рассаду цветов и мяты, в вазон для цветов посадили петунии. Каждый участник выразил желание продолжить выращивание рассады мяты у себя на окне.

На протяжении реализации программы молодые инвалиды из г. Сокол и молодые люди и из АУ СО Вологодской области «Вологодского психоневрологического интерната №1» поддерживали общение друг с другом посредством социальных сетей. Общение – важный аспект в жизни любого человека, особенно для молодых инвалидов, которые, в большинстве случаев, вынуждены находиться дома и вести диалог только с родственниками. Именно благодаря программе по садовой терапии «Сад на подоконнике» ее участники смогли «раскрыться», общаясь друг с другом.

Следовательно, практика показывает, что молодые инвалиды охотно выращивают растения и ухаживают за ними, поскольку данный вид деятельности имеет ярко выраженную психотерапевтическую направленность, что позволяет использовать его для улучшения психоэмоционального состояния данной категории граждан.

Таким образом, использование садовой терапии в социальной реабилитации молодых инвалидов выполняет социализирующую функцию. В ходе посадки растений молодые люди и девушки с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья могут развивать мелкую моторику, коммуникативные навыки и воображение. Эти и другие навыки они впоследствии могут активно использовать в своей социальной жизни. Также данные занятия способствуют развитию самостоятельности, что немаловажно для молодых инвалидов. Технология садовой терапии помогает также достичь изменений в положительную сторону в сфере эмоционального развития, что влияет на динамику социализации данной категории граждан.

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Статья посвящена детям с особенностями в развитии. Для детей с ограниченными возможностями очень сложно воспринимать творчество как процесс саморазвития, самореализации. Фольклор является благодатной почвой для раскрытия своих возможностей в песнях, танцах, декоративно-прикладном творчестве. В данной статье автор рассматривает роль дополнительного образования в жизни ребенка с особенностями в развитии, также отмечает возможность инклюзивного образования в стенах учреждения культуры.

The article is devoted to children with special needs in development. It is very difficult for children with disabilities to perceive creativity as a process of self-development, self-realization. Folklore is a fertile ground for revealing their abilities in songs, dances, decorative and applied creativity, etc.

In this article, the author examines the role of additional education in the life of a child with special needs in development, also notes the possibility of inclusive education within the walls of a cultural institution.

Ключевые слова: эмоциональная травматизация, творчество, фольклор, ситуация успеха, методики с доказанной эффективностью, инклюзия, дополнительное образование.

Emotional traumatization, creativity, folklore, the situation of success, methods with proven effectiveness, inclusion, additional education.

На улицах города мы видим взрослых и детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – дети с ОВЗ). Дети с ОВЗ – это дети с различными психическими или физическими нарушениями общего развития, которые не позволяют им вести полноценную жизнь. По отношению к таким детям могут применяться следующие выражения: «нетипичные дети», «дети с особыми нуждами», «дети с проблемами», «аномальные дети», «исключительные дети», «дети с трудностями в обучении», «дети с особыми образовательными потребностями». С точки зрения современного российского общества наличие того или иного недостатка не считается поводом для неправильного развития. Тем не менее для данной категории детей просто необходимо специальное обучение и воспитание, но также дети могут и должны развиваться и в нормотипичной среде. Это обусловлено в первую очередь коммуникацией и социальной адаптацией.

Современное дополнительное образование дает возможность выбора ребенку с ОВЗ своего индивидуального образовательного пути, также увеличивает общественное пространство, в котором может развиваться личность ребенка, и самое главное обеспечивает ему «ситуацию успеха», за счёт положительных эмоций от творческой деятельности.

Творчество – это условие успешной самореализации личности, позволяющее проявить себя в современном мире, также творчество даёт возможность почувствовать себя успешным в той или иной ситуации. Вовлекать детей с особенностями в развитии в творческую деятельность нужно обязательно, и чем раньше, тем лучше. Способность к творческой деятельности обязательно вызывает успех, который, в свою очередь, поддерживает интерес любого ребёнка к процессу творчества. В процессе творческой деятельности у ребенка с особыми образовательными потребностями усиливается ощущение собственной личностной ценности, строятся ориентиры, индивидуальные социальные контакты, возникает чувство внутреннего контроля и порядка. Свои чувства и переживания, знание и отношение к ребенку легче выразить при помощи зрительных образов, чем вербально. Творчество, реализуемое в процессе как создание чего-то нового, ценностного, можно рассматривать достаточно обширно применительно к инклюзивному образованию.

Дети с особенностями развития имеют множество ограничений в различных видах деятельности. Они во многих сферах не самостоятельны и нуждаются в регулярном сопровождении взрослого. Если такой ребёнок находится среди типично развивающих сверстников, он «тянется» к ним, проявляет все свои полученные ранее навыки коммуникации. Творческий процесс объединяет всех детей, без исключения. Данная категория детей лишена многих контактов, возможности получать опыт от других сверстников, индивидуальной самореализации, самостоятельности, которые есть у обычного ребенка.

На базе МБУДО «Детская школа искусств №2» города Челябинска (далее – ДШИ №2) с 2018 года функционирует отделение общего эстетического образования для детей с ментальными нарушениями. На отделении обучается 24 ребенка. На сегодняшний день адаптированы и успешно реализуются следующие общеразвивающие, образовательные программы: синтезатор, фортепиано, основы сольного музицирования, фольклорный ансамбль, инклюзивный ансамбль, творческая мастерская, ритмическое сольфеджио.

На уроках применяются следующие методы с доказанной эффективностью:

1. Рутинные: выполнение одной и той же последовательности активностей, чтобы ученик знал, что происходит.
2. Частичное участие: иногда достаточно просто присутствовать где-то вместе с другими.
3. Время на обработку: людям требуется время, чтобы подобрать слова и приступить к действиям.
4. Успокаивающие сенсорные ощущения: когда одновременно поступает слишком много информации, мир может превратиться в сбивающее с толку место.
5. Подкрепление: какой имеющий смысл объект, предмет разговора или активность я могу предложить конкретному ребёнку, чтобы поддержать это новое положительное поведение?
6. Визуальное расписание: помогает понять, что за чем следует, показывает четкое начало и четкое окончание деятельности.
7. Визуальные подсказки: помогают сориентироваться в помещении и в деятельности.
8. Структурированная окружающая среда: помогает понять, где, чье место, помогает сориентироваться в помещении.

Одной из главных задач детской школы искусств №2 г. Челябинска является социализация детей с ограниченными возможностями здоровья, а затем развитие ребенка в образовательном пространстве. Для обычного ребёнка социализация – это естественный процесс, в свою очередь для «особого» ребёнка погружение в общество – это достаточно кропотливая работа.

Инклюзивному образованию на сегодняшний день уделяют большое внимание, так как для детей с ОВЗ уровень социальной коммуникации и развитие творческих способностей является неотъемлемыми условиями их жизни.

Инклюзивное образование – организация процесса обучения, при которой все дети, независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются по месту жительства вместе со своими сверстниками без инвалидности в одних и тех же школах.

В ДШИ №2 существует инклюзивный ансамбль «Пташка». Участники коллектива – ученики с особенностями в развитии и типично развивающиеся ученики фольклорного отделения. Участники ансамбля – дипломанты и лауреаты конкурсов различного уровня.

Впервые, в этом учебном году ученики с ОВЗ имеют возможность посещать не только вокальный ансамбль, но и инструментальный, совместно с нормотипичными обучающимися.

Таким образом, все вышесказанное в завершении учебного года принесло положительные результаты. В процессе проведения занятий, направленных на развитие творческих способностей детей с ОВЗ, за эти три года было выявлено, что методы с доказанной эффективностью работают и успешно применимы в дальнейшей работе. Также, важно отметить, что в работе активно используются средства фольклора, изучение жанров народного творчества способствует более лёгкому восприятию окружающего мира, а главное, заполняет дефицит коммуникации в триаде нарушений ребёнка с особенностями в развитии.

Таенкова А.А., научный сотрудник
КГБУК «Зоосад «Приамурский» им. В.П. Сыроева»

Таенкова И.О., исполнительный директор
ОО «Хабаровская краевая ассоциация «Здоровье и семья»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗООТЕРАПИИ В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ, СОЦИО-СРЕДОВОЙ АДАПТАЦИИ И КУЛЬТУРНО-ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ОСОБЕННЫХ» ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ИСТОРИЯ, ОПЫТ, ИННОВАЦИИ

Проблема социо-средовой и социокультурной адаптации, развития культурно-досуговой деятельности детей с особыми возможностями здоровья (ОВЗ) и с инвалидностью диктует постоянную необходимость в создании не только безбарьерной (доступной) среды к достижениям культуры и искусства, но и постоянный поиск привлекательных современных технологий для преодоления их социальной разобщенности, расширения знаний/информации в области культуры, краеведения, экологической культуры, традиций своей малой Родины.

Социокультурная адаптация и социо-средовая интеграция людей с инвалидностью – это, с одной стороны, процесс включения инвалидов в культуру и социум, а с другой – его результат, который проявляется в виде оптимальной вовлеченности инвалида в социокультурную жизнь. В результате такой компенсации дефект его здоровья и развития не препятствует процессам социального взаимодействия. Именно культура и искусство могут изменить многое в жизни подрастающего поколения с ОВЗ и инвалидностью. Творческий процесс, познание литературного и художественного наследия, знакомство с красотой природы и ее обитателями в неформальном виде способствуют изменению человека, особенно в его духовной и нравственной сфере.

Адаптационные возможности самих природных факторов и культуры по отношению к таким детям являются источником новых позитивных переживаний, содействуют реализации его креативных потребностей, предоставляют ему неограниченные возможности для самовыражения и самореализации как в процессе познания, так и в процессе творчества, облегчают процесс его коммуникации и установления отношений с окружающими.

В последние годы зоопарки рассматриваются и как социокультурные учреждения для адаптации и реабилитации уязвимых групп детей и подростков (находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющих отклонение в поведении, с особыми возможностями здоровья и с инвалидностью).

Социальное партнерство общественной организации ассоциации «Здоровье и семья» (далее – ассоциация) и краевого государственного бюджетного учреждения культуры «Зоосад «Приамурский» им. В.П. Сыроева» (далее – зоосад «Приамурский») на протяжении 18 лет дало уникальную возможность расширить социальную составляющую в его работе за счет внедрения авторской инновационной технологии, направленной зоотерапии (использование животных, их символов, образов, а также таких форм, как библиотерапия, арт-терапия, сказкотерапия). Зоотерапия (природотерапия) – особая медико-психологическая технология, осуществляющаяся при помощи животных и природных факторов, включающая компонент психологического и физиологического воздействия, которая не только развивает познавательную

активность, но и способствует формированию адекватного поведения в окружающем мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признала зоотерапию как одну из технологий для адаптационного и реабилитационного процесса.

Так, с 2004 года в работу зоосада «Приамурский» была внедрена авторская проектная модель ассоциации «Пространство, свободное от наркотиков», с использованием направленной зоотерапии для социальной реабилитации подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ и с девиантным поведением. Эта технология была успешно использована в работе Центра социальной реабилитации подростков КГКУ «Краевой молодежный центр социального воспитания и здоровья» в течение 10 лет. Она была научно обоснована, описана в ряде публикаций и научных статей, получила положительную оценку научного и экспертного сообщества, ряд дипломов и наград по результатам участия в общероссийских конкурсах, имела позитивные отзывы и от специалистов-практиков социальной сферы. Опыт этой работы транслировался на научно-практических конференциях страны и используется в деятельности зоопарков (Красноярский, Ленинградский и Удмуртский). По результатам эффективной деятельности издано методическое пособие, к которому было восторженное вступительное слово-отзыв от знаменитого писателя-краеведа, Заслуженного работника культуры России, Почетного гражданина г. Хабаровска В.П. Сысоева, чье имя носит зоосад «Приамурский».

В последние 5 лет у нас накопился определенный позитивный опыт работы с использованием зоотерапии (природотерапии) и с «особыми» детьми (из числа детей с ОВЗ и с инвалидностью). С ее помощью, а также используя принцип «обучение через увлечение», творческий подход и соревновательный принцип, мы успешно решаем многофункциональные задачи по:

- социо-средовой и социокультурной адаптации;
- гармонизации с природой (оздоровление) и мотивации на ЗОЖ;
- экологическому просвещению и краеведению;
- разработке и развитию эко-добровольчества;
- активизации и расширению возможностей культурно-досуговой

деятельности, в том числе в дистанционном формате.

За годы использования этой технологии, а также за счет разработки и внедрения авторских инновационных форм и методов мы смогли наладить межведомственное сотрудничество и междисциплинарное взаимодействие с:

- муниципальными и краевыми детскими библиотеками – «Зоосад + библиотека = экологическое воспитание человека», на базе которых проводятся мероприятия для детей с ОВЗ и с инвалидностью;
- муниципальными Домами культуры и краевым учреждением культуры «Театр кукол» («Театр и зоосад в социальной адаптации ребят»);
- образовательными организациями (специализированные школы-интернаты для детей с ОВЗ и инвалидов, детские дома);
- краевыми и муниципальными учреждениями социальной защиты населения (семьи с детьми, находящиеся в трудной жизненной ситуации, и с детьми-инвалидами, Хабаровский детский психоневрологический интернат);
- социально ориентированными общественными и некоммерческими организациями (СОНКО), с инициативными группами родителей, имеющих детей-инвалидов и находящихся в трудной жизненной ситуации.

Для информационной поддержки инновационного направления работы с «особыми» детьми по инициативе ассоциации с осени 2016 года

зоосадам стал ежеквартально издаваться информационно-просветительский иллюстрированный журнал для детей, подростков и их родителей «Золотой Ригмёнок». Он используется в качестве дополнительного источника экологических знаний, демонстрирует участие ребят в мероприятиях и конкурсах, служит для поощрения на занятиях.

За 2018-2020 гг. в мероприятия по описанной технологии было вовлечено более 4 тысяч детей и подростков. А за 2020 год в связи с ограничительными мерами по распространению новой коронавирусной инфекции (за счет разработки и внедрения дистанционных форм работы) мы смогли расширить как количество участников, так и учреждений из большинства территорий Хабаровского края.

На рисунке 1 представлена структура участников занятий по технологии зоотерапии в 2019-2020 гг.

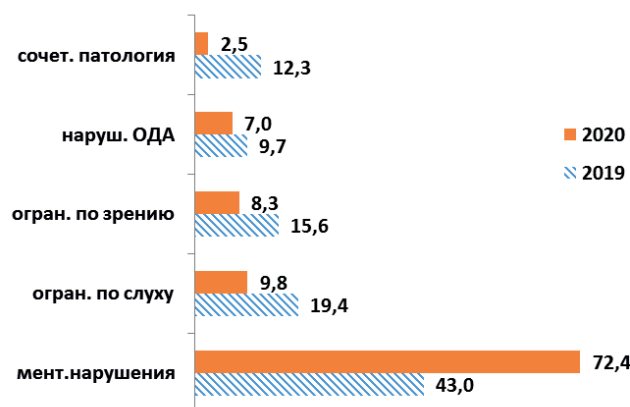


Рисунок 1. Структура участников занятий по наличию патологии за 2019-2010 гг. (в процентах)

С учетом увеличения доли детей с ментальными нарушениями здоровья и развития ($72,4 \pm 1,5\%$), желающих принять участие в мероприятиях с использованием направленной зоотерапии (природотерапии), в 2021 году мы сконцентрировали свое внимание именно на эту категорию ребят, дополнительно вовлекли воспитанников КГКУ «Хабаровский детский психоневрологической интернат».

Кроме того, разработан новый проект, который будет кроме социальной адаптации способствовать приобщению к культуре и искусству, активизировать культурно-досуговую деятельности, развивать творческий потенциал таких детей и подростков.

Основная идея модели для «особых» детей и подростков состоит в использовании литературного творчества всемирно известного дальневосточного писателя-краеведа В.П. Сысоева в сочетании с нашей авторской технологией направленной зоотерапии. Так, например, в июле текущего года уже проведен первый краевой инклюзивный творческий конкурс «Мишутка белорудый – приамурское чудо!» по произведению В.П. Сысоева «Повесть о гималайском медведе». После знакомства с повестью ребята через свое творчество (рисунки, коллажи, поделки) смогли передать образ героя произведения или интересные моменты из рассказа о нем. Большинство участников этого конкурса – дети с ОВЗ (58,3%) и с инвалидностью (37,9%). В последующем пройдут занятия в зоосаде, где непосредственно состоится знакомство ребят с «живым» героем и другими представителями фауны Приамурья.

Позитивные изменения у детей в результате занятий мы оцениваем через специальные задания и тесты, кроссворды и викторины, игры-тесты, участие в творческих конкурсах. Так можно выявить уровень осведомленности детей (доля правильных ответов), их культурно-досуговую активность, желание продолжить участие в занятиях. Эффективность мероприятий и их качество оцениваются и по отзывам родителей/опекунов, педагогов и специалистов по социальной работе, сопровождающих на занятиях ребят, используя оценочные карточки и метод интервью (например, удовлетворенность качеством мероприятия; доля детей с ОВЗ и с инвалидностью, участвующих в инклюзивных мероприятиях и конкурсных заданиях), а также по комментариям в публикациях о нашей деятельности.

В результате использования зоотерапии у детей и подростков формируется чувство раскрепощенности, происходит высвобождение энергии, что приводит к возникновению ощущения гармонии и здоровья.

Таким образом, опыт нашей работы показал, что зоотерапия (природотерапия) – важный ресурс в социальной реабилитации детей и подростков с ОВЗ и с инвалидностью, который дает позитивный результат в социо-средовой и социокультурной адаптации, способствует гармонизации с природой, развитию коммуникации и творческого потенциала и, тем самым, улучшает качество жизни.

РЕСУРСНАЯ СЕТЬ СОПРОВОЖДЕНИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Для повышения качества образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в крае реализуется ведомственный проект «Образование для будущего для детей с ОВЗ». Этапом реализации данного проекта стало развитие сети краевых и муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования, обеспечивающих работу с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья различных категорий и создание, таким образом, сетевого взаимодействия учреждений образования (основного и специального) с привлечением общественных объединений, представляющих интересы обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и/или инвалидностью.

Целью создания ресурсных центров по сопровождению инклюзивного образования является привлечение ресурсов для образования детей с ограниченными возможностями здоровья, накопленных в практике специального образования и общего образования, и определение возможностей использования данного опыта в системе общего образования, в частности по линии методического сопровождения и развитии сетевой формы реализации образовательных программ.

Трансляция опыта системы специального образования – один из способов подготовки педагогических кадров к инклюзивному образованию, механизм ресурсного обеспечения инновационной практики инклюзивного образования. Распространение практики обучения и воспитания детей с ОВЗ, согласно региональной политике, реализуемой в Хабаровском крае, способно восполнить недостаток информации нормативно-правового, информационного, методического характера в школах, испытывающих дефицит ресурсного обеспечения инклюзивного образования.

В соответствии с распоряжением министерства образования и науки Хабаровского края от 11 октября 2019 года №1395 «О деятельности краевых и муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования» в качестве краевых ресурсных центров (далее – КРЦ) утверждены 19 краевых общеобразовательных учреждений, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы, и 64 муниципальных ресурсных центра (далее – МРЦ) из дошкольных и общеобразовательных учреждений муниципальных районов Хабаровского края, имеющих опыт работы в данном направлении (по рекомендации управлений образования муниципальных районов). Региональным координатором работы центров является КГАОУ ДПО ХК ИРО. В данной связи институт развития образования выполняет функцию по интеграции и координации деятельности краевых ресурсных центров, муниципальных ресурсных центров и опорных школ, осуществляющих практику инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ.

Разработан план мероприятий по сопровождению деятельности краевых и муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования в Хабаровском крае. Организована работа по нормативно-правовому обеспечению деятельности КРЦ и МРЦ. Во всех ресурсных центрах разработано Положение о деятельности Центра, план работы по сопровождению инклюзивного образования, заключены договоры о взаимодействии краевых и муниципальных ресурсных центров.

Краевые ресурсные центры – это образовательные организации, обладающие достаточными ресурсами для организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья (глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых и слабовидящих, с задержкой психического развития, с тяжелыми нарушениями речи, с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), с тяжелыми множественными нарушениями в развитии) на качественном высоком уровне. Из девятнадцати краевых ресурсных центров, созданных на базе краевых общеобразовательных учреждений, девять имеют опыт инновационной деятельности в статусе Центров трансфера технологий по вопросам апробации и реализации ФГОС ОВЗ и готовы к трансляции, обобщению и систематизации своего опыта, отражающего новые подходы (методики, техники, технологии) в образовании обучающихся с ОВЗ разных нозологий. На сегодняшний день краевые ресурсные центры демонстрируют высокую степень готовности к трансляции опыта проектирования специальных условий для образования обучающихся с ОВЗ, три из них работают в статусах регионального ресурсного центра сопровождения обучающихся с РАС и ТМНР (КГКОУ «Школа-интернат №5» г.Хабаровск), краевого центра охраны зрения (КГБОУ «Школа-интернат №2» г.Хабаровск), краевого центра охраны слуха и речи «Суваг» (КГБОУ «Школа-интернат №1» г.Хабаровск).

Продуктом деятельности КРЦ являются адаптированные основные образовательные программы разных уровней общего образования для обучающихся с ОВЗ различных категорий с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей обучающихся, индивидуальные программы психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, рабочие программы учебных предметов, коррекционно-развивающих курсов, курсов внеурочной деятельности при организации инклюзивного образования в условиях конкретной образовательной организации, материалы стажировок, семинаров, мастер-классов для педагогов МРЦ.

Муниципальные ресурсные центры осуществляют сетевое взаимодействие с краевыми ресурсными центрами, выстраивают систему взаимодействия с образовательными организациями муниципального района (опорными школами), реализующими инклюзивную практику, осуществляют разработку, апробацию и внедрение новых элементов содержания образования, инновационных образовательных технологий, форм, методов обучения детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования, обобщают и распространяют передовой педагогический опыт в рамках получения образования обучающимися с ОВЗ в условиях инклюзивного образования, принимают участие в краевых модельных семинарах, подготовке и проведении семинаров, конференций, совещаний, конкурсов, мастер-классов, совместной проектной деятельности по вопросам инклюзивного образования в муниципальном районе, выявляют затруднения педагогов по реализации АООП и координируют работу с краевыми ресурсными центрами по преодолению возникших проблем, реализуют совместно с краевыми ресурсными центрами мероприятия, проекты, программы, соревнования для обучающихся с ОВЗ.

Распределение муниципальных ресурсных центров, закреплённых за каждым краевым ресурсным центром, позволяет реализовать каскадную модель распространения инновационного опыта. На сегодняшний день активность инновационной деятельности краевых и муниципальных ресурсных центров по диссеминации положительного опыта образования обучающихся с ОВЗ заполняет нишу дефицитов образовательной практики инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ в регионе.

Инклюзивное образование является приоритетным направлением в инновационной деятельности образовательных организаций Хабаровского края. В 2020-2021 гг. увеличилось количество образовательных учреждений, реализующих проекты по тематике развития инклюзивного образования, в эту работу включились дошкольные образовательные организации и учреждения дополнительного образования. Работает краевой инновационный комплекс «Деятельность муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью». Опыт инновационной деятельности транслировался на межрегиональном семинаре «Модели инклюзивных школ. Равные возможности разным детям» (2019 г.), «Современные технологии в образовании обучающихся с ОВЗ и инвалидностью: вызовы времени» (2020 г.), краевом модельном семинаре «Ресурсное обеспечение инклюзивного образования» (2020 г.).

Приоритетным направлением общего образования (начального, общего, среднего) является профессиональное самоопределение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, приобщение их к социально значимой деятельности для осмысленного выбора профессий с учетом потребностей рынка труда. В рамках комплексного подхода к профессиональному самоопределению выстроен механизм взаимодействия краевых и муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования Хабаровского края через развитие педагогической практики в разработке и внедрении системы ранней профориентации практической направленности, обеспечивающей вовлечение детей с ОВЗ в систему чемпионатов профессионального мастерства среди инвалидов и лиц с ОВЗ «Абилимпикс» и «Baby Абилимпикс».

Актуальным решением дальнейшего развития инклюзивного образования в крае становится: развитие системы ресурсных центров, реализующих методические и информационно-аналитические направления деятельности, а также являющихся реальной практической площадкой для подготовки специалистов, повышения квалификации педагогов, оказания консультативной помощи участникам образовательных отношений в диапазоне от раннего возраста до трудоустройства, на всех уровнях инклюзивной образовательной вертикали. В 2021-2022 году разработан и реализуется краевой проект «ИнФокус27», целью которого является создание непрерывного качественного образовательного пространства социализации и развития жизненных компетенций обучающихся с ОВЗ и инвалидностью через внедрение шести организационных моделей инклюзивного образования в образовательные организации Хабаровского края, ранняя профориентация, а также разработка и реализация дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и стажировочных курсов по вопросам реализации АООП ООО.

Шурупова О.Г., учитель музыки,
руководитель школьного методического объединения учителей музыки,
изобразительного искусства и дополнительного образования

Центр коррекционного и инклюзивного образования
Краевое бюджетное общеобразовательное учреждение
«Школа дистанционного образования»,
Красноярский край

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ НА УРОКАХ МУЗЫКИ КАК ФАКТОР ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АБИЛИТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

В современной психологии и педагогике широко изучается проблема психосоциальной адаптации обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов. Такие дети представляют собой особую категорию, в работе с которой «творчество» – это тот путь, который является не только средством художественного развития и формирования общей культуры ребёнка, но и важным условием в решении проблемы психосоциальной абилитации. Творчество является тем мостиком, через который проходят эмоционально-эстетические реакции от восприятия к воспроизведению и закрепляются как личностные новообразования.

Музыка выступает в роли универсального средства эстетического и нравственного воспитания, формирующего внутренний мир ребенка. Принцип урока музыки как урока, пробуждающего и стимулирующего творческий потенциал ребенка, основан прежде всего на оптимизации воображения, эмоционально-образной сферы школьника. В основе построения творческих уроков музыки лежит диалектическая взаимосвязь жизни и искусства, искусства и жизни.

К определяющим принципам творческих уроков музыки можно отнести следующие:

- развитие способности эстетического постижения действительности и искусства;
- направленность на формирование образного мышления, именно образное мышление оптимизирует у ребенка понимание эстетической многомерности окружающей действительности;
- развитие навыков художественного общения как основы для целостного восприятия искусства;
- создание нравственно-эстетических ситуаций как важнейшего условия для возникновения эмоционально-творческого переживания действительности;
- воспитание навыков импровизации как основы для формирования художественно-самобытного отношения к окружающему миру.

Системный подход является средством повышения эффективности в процессе обучения. В формировании творческих способностей школьников системный подход также занимает важное место. Система представляет собой множество элементов, находящихся в связях и отношениях друг с другом, образующих определенную целостность, единство.

Проанализировав психолого-педагогическую литературу, личный музыкально-педагогический опыт, мною определены основные критерии формирования системы творческих заданий:

- целенаправленность (каждая из систем творческих заданий должна быть выстроена относительно той цели, которая заявлена как основополагающая);

– преемственность (между творческими заданиями присутствует иерархичность – от простого к сложному);

– полиструктурность (различные задания должны взаимно проникать друг в друга, выстраивая различные параллели, выстраивая объёмный многомерный образ системы);

– взаимосвязь с другими видами искусства (формирует отзывчивость, художественное воображение, образно-ассоциативное мышление, активизирует память, наблюдательность);

– художественная ценность репертуара (позволяет более эффективно воздействовать на внутренний мир ребёнка);

– проблемность изложения (важно создать поисковые ситуации, способствующие самостоятельному поиску ответов и способов деятельности, чтобы творческие задания носили развивающий характер);

– актуализация субъектного опыта (система этих заданий должна проецироваться в двух плоскостях: обязательность постоянного обращения к субъектному опыту ребёнка, к жизненным примерам, впечатлениям детей и к произведениям искусства, в которых запечатлены знакомые им ситуации, образы, явления).

Содержание различных видов творческих заданий:

1. Перевод образа из одного художественного ряда в другой. Задания на передачу средствами живописи (цветовым, графическим) или словесным рисованием общего настроения произведения, тех или иных черт характера персонажа. Цель таких заданий – обратить внимание детей на связь средств музыкальной выразительности, художественного решения с характером музыкального образа.

Графическое, цветовое моделирование музыки отвечает специфике музыки как вида искусства и особенностям восприятия школьников. Выбор цвета, общая графическая композиция осуществляются соответственно характеру музыкального образа, эмоциональным переживаниям. Особенно показательными моментами являются: особое положение линий, отражающих регистр, направление мелодического движения, динамики, ритмической пульсации.

Объектами словесного рисования являются описания природы, внешнего облика персонажа в программных музыкальных произведениях.

2. Задания на развитие ассоциативного мышления. Второй вариант творческих заданий важен для выработки умений смотреть и видеть, слушать и слышать, овладения навыками сравнительного анализа посредством рассуждения. Например: на что похоже это облако? (ветка, звук, музыкальный мотив и тому подобное). Интересно описание конкретных явлений окружающего мира (голос зверей, пение птиц, шелест листьев) с тем, чтобы другие дети угадали, о чем идет речь. Здесь уместна и игра «Что на что похоже?». Все эти задания способствуют развитию видения, слышания и умения замечать выразительные свойства предметов и явлений.

3. Построение заданий от частного к общему. В круг творческих заданий, относящихся к третьей группе, входят такие задания, которые помогли бы ребёнку, отталкиваясь от конкретного аспекта темы, прийти к осмыслению ее художественной целостности. Например, такое задание: осмыслить роль художественной детали на примере эффекта, который возникает от перестановки слов, звуков, красок, приводящих к изменению целостного образа. Или такое задание – представить поведение героя и его музыкальный портрет в измененных обстоятельствах.

4. Метод варьирования мелодий. Поскольку один из видов музыкальной деятельности на уроке музыки является пение, то целесообразно прибегать к методу варьирования мелодии: одни и те же напевы пропевать решительно, мягко, задумчиво, что требует соответствующего исполнения темы, динамики, звукоизвлечения и так далее. Подобные вариативные творческие задания следует предлагать и в таких видах деятельности, как слушание, сочинение, исполнение.

5. Метод пластического интонирования. Ребенок с раннего детства осваивает музыку движением. Пластичное движение, пластические этюды дают возможность ученику выразить свое восприятие музыки, не объясняя свое душевное состояние, и помогают педагогу направить духовное внимание в глубину поэтического мира произведения, не нарушая таинства личного общения с музыкой. Применение проблемных методов требует затраты времени на уроке, но если дети самостоятельны в своем поиске, творчестве, до всего доходят сами, то приобретенные ими знания гораздо значимее, ценнее, так как дети приучаются мыслить, искать, верить в свои силы, то есть творчески развиваются.

6. Проведение творческого урока-театра. В театре-уроке тоже возникает игра-сотворчество, где одни показывают, действуя в воображаемом пространстве, а другие угадывают, что им хотят показать, но здесь театральная игра происходит в реальной жизненной ситуации урока. Это «театр для себя», где действующие лица постоянно меняют свои роли, становясь то артистами, то зрителями.

Педагог здесь попеременно или одновременно драматург и режиссер, артист и зритель учебного спектакля, а в определенный момент он передает ведущую роль детям, и сами дети продолжают «путешествия» из реальной сферы урока в воображаемый мир театра, и получают эстетическое наслаждение от сиюминутного открытия реального мира и самого себя.

В театре-уроке изменения и преобразования происходят, прежде всего, в духовном мире детей, в их восприятии окружающего мира. Задача педагога – постоянно «провоцировать» эти перемены, превращать жизненную ситуацию в театральную, а возникшую театральную ситуацию связывать с жизненными стремлениями юной личности, то есть создавать на уроке игровые условия, побуждающие ребенка к самопознанию, самовыражению, творчеству.

Творчески импровизируя драматургию урока, педагог направляет его сквозное действие к осуществлению определенной сверхзадачи. У каждого урока-спектакля есть конкретная учебная тема, своя педагогическая и нравственная цель. К этой педагогической сверхзадаче, к сегодняшнему личному открытию учебной темы педагог направляет все творческие задания.

Основой этих творческих заданий становятся все традиционные упражнения и этюды, выработанные многолетней практикой театральной школы. Но в театре-уроке они внутренне преобразуются: «идя от себя» к игровой роли, ребенок приходит к самому себе, в совместной игровой импровизации педагога и ученика на уроке рождаются новые виды упражнений и этюдов, побуждающие труд души юной личности, духовное познание связей искусства и жизни.

7. Ребусы на музыкальном материале – тот вид деятельности, где творчество близко соприкасается с игрой и даже переходит в игру, что характерно для детского возраста. Ребус способствует развитию воображения, остроумия, находчивости и других важных для ребенка личностных свойств.

Как и любое творчество, творчество детей не может быть ограничено только процессом созидания. Оно непременно требует общения по поводу созданного, то есть его исполнения и восприятия.

Творческое развитие детей теснейшим образом связано с искусством и, в частности, со школьными уроками музыки. Именно уроки музыки помогают развить различные творческие умения детей в восприятии, сочинении, исполнении, импровизации, размышлении не только о музыке, но и о жизни. Урок музыки – это урок искусства, обращённый к внутреннему миру ребёнка, где функции творчества заключаются не только в результативной стороне, но и в самом процессе. Основной целью творчества на уроках музыки является обогащение духовного мира ребёнка, формирование музыкальной культуры, нравственно-эстетических качеств, осуществление средствами музыки коррекции отклонений в развитии (познавательной, эмоционально-волевой, моторной сфер), регуляции поведения, формирование доброжелательного коммуникативного взаимодействия со взрослыми и сверстниками, что является важной основой для психосоциальной абилитации обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов.

Список литературы

1. Алиев, Ю.Б., Безбородова, Л.Д., Методика преподавания музыки в общеобразовательных учреждениях. – М.: Академия, 2002. – 221 с.;
2. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. Сред. И высш. учеб. заведений/Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 479 с.;
3. Ахьямова, И. Техника невербального общения на занятиях музыкой // Искусство и образование.- 2003.- №2 (24). – с.24-28.;
4. Вендрова, Н., Воспитание музыкой.- М.: Просвещение. 1991. – 248 с.;
5. Вопросы психологии творчества. Т.1/ Сост. Лезин Б.А. – Харьков, 1997. – 447 с.;
6. Иванова, Е.В., Коррекция и развитие эмоциональной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья / Е.В. Иванова. – М.: Национальный книжный центр, 2017. – 962 с.;
7. Ковалец, И.В., Азбука эмоций. Практическое пособие для работы с детьми, имеющими отклонения в психофизиологическом развитии и эмоциональной сфере. Издательство: Владос, 2004, с. 136.
8. Красный, Ю., Арт — всегда терапия. Развитие детей со специальными потребностями средствами искусств. Издательство ООО «Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования» Москва, 2006, – 204 с.;
9. Куклина, Н.Б., Формирование адаптивных качеств учащихся// Начальная школа. – 2002. – №11. – с. 71-75.
10. Петрушин В.В. Музыкальная психология. – М.: «Гуманитарный издательский центр» ВЛАДОС, 1997. – 384 с.

Щербицкая О.В., директор,
Познякова Е.А., заместитель директора по лечебной работе
ГБУ Самарской области «Областной реабилитационный центр
для детей и подростков с ограниченными возможностями»,
г. Самара

ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ БРИГАДЫ НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОГО ОКРУГА

Актуальность проблемы. В Самарской области на 01.01.2021 инвалидность имеет 11 842 ребенка. В настоящее время в регионе существует проблема доступности реабилитационной помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития, в том числе проживающим в отдаленных районах: охват детей-инвалидов, имеющих тяжелые множественные нарушения, составляет не более 1%.

Современный ребенок с тяжелыми множественными нарушениями развития (далее – ТМНР) – это чаще всего ребенок с тяжелой формой детского паралича, осложненной соматическими, сенсорными, интеллектуальными и речевыми нарушениями. Двигательные нарушения при церебральном параличе не прогрессируют, однако со временем, в большинстве случаев, состояние ребенка может ухудшиться за счет возникновения у него вторичных ортопедических осложнений, деформаций, контрактур, которые усугубляют тяжесть двигательных нарушений и часто требуют оперативного лечения. Основными средствами профилактики этих осложнений являются регулярная двигательная активность и правильное позиционирование ребенка с использованием, при необходимости, технических средств реабилитации (ТСР). Являясь, как правило, осложнением основного заболевания, вторичные деформации значительно ухудшают состояние ребенка, причиняют ему боль и дискомфорт, а также еще больше ограничивают его повседневную активность и возможность социализации. Другими осложнениями неправильного позиционирования ребенка, в частности во время кормления, являются аспирационные пневмонии и нарушения моторики кишечника, которые могут привести к развитию жизнеугрожающих ситуаций. Правильный уход и поддержка позволяют ребенку с тяжелыми двигательными нарушениями самостоятельно выполнять движения, развивать новые способности и активно участвовать в повседневной жизни.

Эффективность реабилитации напрямую зависит от среды, где происходит взаимодействие и работа специалистов с ребенком. В комфортной среде ребенок адаптируется на базе существующих у него механизмов приспособления к окружению и регуляции поведения. Примером такой среды может быть привычная домашняя обстановка со значимыми близкими рядом, в ней ребенок отдыхает, восстанавливая физические и психические силы. Комфортная среда нужна, чтобы помочь ребенку успокоиться, если он испытывает тревогу, в ней ему не нужно тратить силы на адаптацию и регуляцию поведения, поэтому именно в такой среде ребенок начинает проявлять активность, самостоятельность и эффективно отрабатывать различные умения и навыки.

Содержание проекта. С 09.12.2019 специалисты ГБУ СО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» начали выезды в семьи с детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития

в рамках проекта «Выездная реабилитационная бригада». Служба организована в процессе реализации государственной программы «Доступная среда в Самарской области на 2014-2020 годы» подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в Самарской области» для обеспечения своевременной доступной помощи семьям, воспитывающим детей с ТМНР. Состав реабилитационной бригады формируется в зависимости от необходимых услуг, предоставляемых ребенку и его семье, в нее входят педагог-психолог, учитель-логопед/дефектолог, врач-невролог, врач-педиатр, медицинская сестра по массажу, инструктор по ЛФК. Командный принцип организации работы является основным и максимально эффективным в системе реабилитационной помощи детям с двигательными нарушениями. Междисциплинарная команда формируется только из тех специалистов, помощь которых действительно необходима конкретному ребенку или его семье.

Организация плановых выездов специалистов в семьи с детьми-инвалидами с тяжелой патологией нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которые по причине тех или иных условий не могут пройти курс реабилитации в учреждении, осуществляется в течение 10 дней на основании заявления на предоставление социальных услуг. Междисциплинарная команда специалистов бригады проводит первичное консультирование и оценку уровня развития ребенка, составляет индивидуальную программу реабилитационной помощи, в которую включены услуги по физической терапии, психолого-педагогическая коррекция и обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и подбору специальных приспособлений для облегчения поддержания у него правильной позы. В целях предотвращения вторичных осложнений врач обучает ухаживающих за ребенком повседневному выполнению определенных правил, четкому соблюдению расписания смены положения тела в течение дня и во время сна. Для обеспечения правильного позиционирования бригада оснащена специально адаптированным оборудованием и ТСР (Т- и U-образными опорами для лежания, поддерживающими подушками, валиками, иными вспомогательными приспособлениями, в том числе для кормления, одевания и передвижения).

Специалист по развивающему уходу демонстрирует родителям принципы правильного перемещения и обучения ребенка в процессе перемещения двигательным переходам. Правильно организованное безопасное перемещение должно стать для семьи ребенка с двигательными нарушениями частью так называемого развивающего ухода Kinaeshtetics. Данная концепция тематизирует развитие двигательной компетентности в рамках ухода за людьми с особыми потребностями, престарелыми людьми, детьми с ограниченными возможностями. Техники Kinaeshtetics применяются в профессиональном уходе на дому, в стационарных учреждениях здравоохранения и социального обслуживания, в реабилитационном процессе. Основная задача ухаживающего состоит в том, чтобы помочь подопечному выполнять повседневные действия так, чтобы это было в равной мере полезно для развития здоровья обоих. Kinaesthetics исходит из того, что помощь способствует развитию здоровья и человека в целом только в том случае, если во время поддержки он может использовать свои двигательные возможности, быть при этом более самостоятельным и успешным. Одной из важных предпосылок является двигательная компетентность людей, осуществляющих уход и поддержку. Если осуществлять поддержку на основе Kinaesthetics, то это ведет не только к успехам нуждающихся в уходе людей, но и помогает сохранить здоровье ухаживающего человека: все – и ухаживающий человек и тот, кто нуждается в уходе, в одинаковой мере получают пользу от повышения своей двигательной компетентности.

«Помоги мне это сделать самому» – суть системы Kinaesthetics, как эффективного инструмента развития потенциала ребенка, взаимодействия его с пространством, саморегуляции напряжения через собственное движение. Например, в процессе пересаживания ребенка с коляски на стул, мама помогает ему развивать свои способности и компетентности (самостоятельность, независимость): тренировать опору на кости, регулировать напряжение и переносить вес. Одна из основных целей специалистов реабилитационной бригады – стимуляция самостоятельного передвижения ребенка, развитие его независимости от помощи окружающих и снижение количества ухода. В процессе обучающего занятия родителей и ухаживающих знакомят со специально адаптированным оборудованием и ТСР: поясами для перемещения, сидениями, дисками, скользящими простынями, веревочными опорами и иными вспомогательными приспособлениями. Однако, они должны научиться чувствовать, в каких ситуациях можно воздержаться от оказания помощи и дать своему ребенку возможность действовать самому по мере его возможностей. Дать ребенку шанс на развитие – значит мотивировать его к самостоятельным действиям, оказывая ему при этом терпеливую поддержку во всех ситуациях.

Инструктор по ЛФК и медицинская сестра по массажу в соответствии с разработанной программой реабилитации ежедневно в течение 10 дней проводят занятия по физической терапии, процедуры классического массажа с использованием мануальных техник. В соответствии с показаниями в процессе занятий может быть использовано дополнительное оборудование.

Педагог-психолог первично консультирует родителей, проводит диагностику и коррекционные занятия. Часто из-за сенсорных проблем у детей с ТМНР возникают трудности контакта с окружающим миром. Если ребенок не видит, не слышит, имеет особенности тактильного восприятия или коммуникации, у него отсутствует речь, в таких случаях родителям трудно подобрать оптимальный способ взаимодействия, который позволил бы ему развиваться. Многим неговорящим детям педагог предлагает общаться с помощью альтернативных систем коммуникации – карточек PECS или специальных коммуникаторов, которые можно настраивать под конкретного ребенка и его особенности.

Многие дети с ТМНР имеют проблемы с приемом пищи и дисфагию, моторика их рта развита недостаточно, поэтому им требуется нейрологопедическая поддержка. Активное участие ребенка в кормлении – залог успеха в исполнении таких задач, как прием пищи и жидкости, чистка зубов и выполнение других повседневных домашних рутин. Учитель-логопед использует в работе с ребенком мануальные техники для стабилизации подъязычной кости и мышц, участвующих в процессе глотания и жевания, метод Кастильо-Моралес, а также различные стратегии помощи при кормлении (позиционирование, подбор аксессуаров, изменение консистенции еды).

На заключительном этапе междисциплинарной командой оценивается эффективность реализации программы и проведенных мероприятий, обсуждаются с родителями и ухаживающими дальнейшие шаги в реабилитации и уходе за ребенком. Основная задача специалистов мобильной бригады не только выявить нарушения и оказать своевременную помощь ребенку, но и нацелить родителей на активное участие в реабилитационном процессе и коррекционно-развивающей работе в домашних условиях.

За время работы выездной реабилитационной бригады специалистами ГБУ СО «ОРЦДиПОВ» обслужено на дому 26 семей, имеющих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития. В настоящее время в Самарской области

начинает свою работу вторая «Выездная реабилитационная бригада» – служба оказания помощи детям на дому, организованная на базе ГКУ СО «РЦДиПОВ «Светлячок» (г.о. Новокуйбышевск).

Заключение. Создание выездной мультидисциплинарной бригады и организация на базе учреждений социальной защиты в регионах службы для оказания индивидуальной реабилитационной помощи на дому даст возможность обеспечения своевременной доступной социальной поддержкой семей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития. Обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и развивающему уходу, подбор специальных приспособлений для облегчения поддержания у ребенка правильной позы, в значительной степени снижает риск развития вторичных осложнений у ребенка и заболеваний опорно-двигательного аппарата ухаживающих, способствует развитию новых двигательных компетенций и собственной активности ребенка. Проект имеет большую практическую значимость, так как дает возможность создания непрерывного реабилитационного пространства, необходимого ребенку с ограниченными возможностями, в условиях комфортной окружающей среды, которая подходит для отработки различных навыков и умений, а также дает ему ощущение безопасности, шанс быть активным и проявлять самостоятельность.

ЧАСТЬ 2. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ПРАКТИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Абкович А.Я., заведующий лабораторией образования и комплексной абилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата и множественными нарушениями развития

ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», к.п.н., г. Москва

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Система образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и в частности с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) в нашей стране развивается по двум направлениям: развитие инклюзивного образования и одновременно поддержка и развитие специальных коррекционных образовательных организаций.

Актуальная нормативно-правовая база в сфере образования предполагает равенство специального и инклюзивного образования, вариативность образовательных маршрутов и разнообразие форм получения образования детьми с ОВЗ.

Вариативность образовательных маршрутов гарантирована в Российской Федерации на законодательном уровне (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ, Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ОВЗ, Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)).

На уровне дошкольного образования дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата посещают общеразвивающие, инклюзивные группы или группы компенсирующей направленности.

На уровне начального, основного и среднего общего образования адаптированные основные общеобразовательные программы для обучающихся с НОДА реализуются в специальных коррекционных школах или классах и в инклюзивных образовательных организациях.

Наряду с традиционной классно-урочной формой обучения все большее распространение приобретает обучение на дому, в том числе с применением дистанционных образовательных технологий.

Современная популяция детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата отличается от популяции детей предшествующих десятилетий. В последние годы научные представления об особенностях развития детей с НОДА значительно расширились и уточнились. Это связано с появлением в образовательных организациях детей с тяжелыми проявлениями детского церебрального паралича и другими органическими поражениями центральной нервной системы, которые до недавнего времени фактически не обучались и не попадали в поле зрения педагогов

и дефектологов. Также изменения связаны с научно-техническим прогрессом, который привел к изменению условий жизни, развитию новых медицинских технологий, что в свою очередь существенно отразилось в целом на современной детской популяции и на популяции детей с НОДА.

Таким образом, на данный момент дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата – это многочисленная полиморфная группа, внутри которой представлены разные варианты развития, в том числе абсолютно противоположные. Система образования обучающихся с НОДА характеризуется вариативностью и разнообразием образовательных маршрутов, форм и условий обучения.

Указанные обстоятельства определяют круг задач, решение которых имеет важное значение для совершенствования системы общего образования и психолого-педагогической реабилитации (абилитации) детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Первая задача – это обеспечение возможности реализации вариативных образовательных маршрутов обучающихся с НОДА. Для этого необходимо с одной стороны развивать такие относительно новые формы получения образования как инклюзивное и дистанционное обучение, которые позволяют получать качественное образование по месту жительства или в шаговой доступности от дома, с другой стороны необходимо сохранять и расширять сеть специальных школ для детей с НОДА. То же самое касается дошкольных образовательных организаций. Расширение инклюзивных процессов в дошкольном образовании, без всякого сомнения, является позитивным моментом, но значительное сокращение групп компенсирующей направленности и групп «Особый ребёнок» для детей с тяжёлыми нарушениями развития и тяжелыми двигательными нарушениями имеет явный негативный эффект для дальнейшего школьного обучения детей с НОДА. Для успешного освоения учебных навыков ребёнку с ДЦП или другими нейромоторными нарушениями необходимо в дошкольном возрасте пройти специальную подготовку, которая не может быть в достаточной степени реализована в инклюзивных группах.

Еще одна важная задача связана с созданием специальных условий в образовательных организациях, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы для обучающихся с НОДА.

Мониторинг специальных условий для обучающихся с НОДА, проведенный лабораторией образования и комплексной абилитации лиц с НОДА и ТМНР ФГБНУ «ИКП РАО» в 319 образовательных организациях по всей стране, выявил определённые проблемные аспекты, в первую очередь связанные с недостаточным кадровым обеспечением коррекционно-образовательного процесса и с реализацией комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения обучающихся с двигательными нарушениями. В наибольшей степени с указанными трудностями сталкиваются образовательные организации, реализующие инклюзивную практику.

В части комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения наиболее проблемной зоной является обеспечение доступности реабилитационных услуг для обучающихся с НОДА в образовательных организациях.

Реабилитация по своей сути понятие комплексное и включает в себя реабилитационные мероприятия медицинского, социального, педагогического и психологического характера. В тоже время понятие «психолого-педагогическая реабилитация» как вид педагогической деятельности в нормативно-правовых документах не закреплено. Также отсутствует единое понимание этого процесса среди ученых и практиков, работающих в сфере образования и реабилитации.

Нами психолого-педагогическая реабилитация (абилитация) касательно детей и подростков с НОДА понимается как комплекс мероприятий психолого-педагогического характера, направленных на восстановление (формирование), коррекцию и (или) компенсацию нарушенных психических функций и социальных форм поведения, обусловленных нарушениями двигательного, речевого, интеллектуального и эмоционально-личностного развития или их сочетаний, и реализуемых средствами педагогики и психологии.

Данное определение соответствует по содержанию той реабилитационной составляющей, которая реализуется на современном этапе в коррекционно-образовательном процессе в системе специального образования, за исключением одного направления – коррекции двигательных функций и развития мобильности обучающихся.

Ранее, в предыдущие десятилетия, когда преобладала интернатная форма организации обучения детей с НОДА, физическая (двигательная) реабилитация осуществлялась в процессе лечебно-восстановительной работы, которая была частью комплексного коррекционно-образовательного процесса.

Многочисленные исследования ученых (К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько и многие другие), а также опыт практической работы с детьми данной категории свидетельствует о том, что для предотвращения ухудшения здоровья учеников с ДЦП и другими двигательными нарушениями, их обучение должно осуществляться на фоне регулярной лечебно-восстановительной работы.

На данный момент ситуация в образовательных организациях кардинально изменилась. Медицинское сопровождение в большинстве школ отсутствует. Наиболее явной причиной изменений является исключение медицинских ставок из штатных расписаний образовательных организаций.

В то же время опыт отдельных образовательных организаций показывает, что пути решения указанной проблемы есть.

Основой реабилитационного процесса в части коррекции двигательных нарушений в школах может стать организация ортопедического режима на основе медицинских рекомендаций и реализация программ по адаптивной физической культуре (АФК).

АФК является одним из эффективных и наиболее доступных средств реабилитации, коррекции нарушений развития и социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Адаптивная физическая культура оказывает разностороннее влияние как на физическое, так и на личностное развитие обучающихся, содействуют решению коррекционных, компенсаторных и оздоровительных задач.

В случае если школа не имеет возможности для организации реабилитационных мероприятий, ребенок должен получать регулярное и адекватное сопровождение в медицинских учреждениях по месту жительства или в соответствующих социальных и реабилитационных центрах на основе сетевого взаимодействия.

Список литературы

1. Абкович, А.Я., К проблеме школьного обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата на современном этапе // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития / А.Я. Абкович // 2020. №4. С. 27-33.

2. Левченко, И.Ю., Абкович, А.Я., Вариативность особых образовательных потребностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основа проектирования специальных условий обучения / И.Ю. Левченко, А.Я. Абкович. – Текст: непосредственный // Дефектология. – 2017. № 2. С. 14-21.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

В областном реабилитационный центре проходят курс реабилитации дети и подростки с различными нарушениями, значительную часть которых составляют дети с расстройствами аутистического спектра (РАС). Одним из основных препятствий для успешной педагогической коррекционной работы с такими детьми являются нарушения поведения.

На данный момент большое количество научных исследований говорят об эффективной коррекции поведения с помощью прикладного анализа поведения или АВА-терапии. По сути, АВА позволяет обучать ребенка с аутизмом или другими проблемами любым навыкам, с которыми у него возникают сложности, но наиболее широко используется для коррекции так называемого нежелательного поведения, которое мешает социализации и учебе ребенка. Однако, применение данного метода предполагает значительное количество времени для занятий и активное включение близких ребенка в коррекционный процесс. Эти требования не всегда выполнимы в условиях реабилитационного центра. Для повышения эффективности курса реабилитации были определены основные направления коррекции поведения детей с РАС с использованием методов и приемов АВА-терапии и разработан алгоритм занятий.

Поведенческая терапия на основе методов и приемов АВА применяется в учреждении в нескольких направлениях с целью:

1. Подготовки ребенка к традиционным занятиям.
2. Коррекции страхов и сенсорной сверхчувствительности ребенка.
3. Развития навыков социального взаимодействия.

Рассмотрим подробнее каждое из направлений.

1. Коррекция поведения с целью подготовки ребенка к традиционным занятиям.

Ребенок с РАС не всегда готов воспринимать форму традиционного занятия: снижен или узконаправлен интерес к познавательной деятельности; отсутствует мотивация к сотрудничеству; не сформировано учебное поведение. При этом ребенок нуждается в развитии, ему необходима помощь всех педагогов. Задачей поведенческой терапии при работе в данном направлении является подготовка ребенка к традиционным занятиям: формирование у ребенка учебного поведения и навыков сотрудничества с педагогом.

Коррекционную работу условно можно разделить на этапы:

– адаптация ребенка к занятию и к педагогу, поиск мотивационных стимулов;

- установление руководящего контроля;
- установление сотрудничества;
- формирование навыков учебного поведения.

Коррекция поведения проводится с использованием методов и приемов АВА-терапии:

- оперирование последствиями: каждое поведение имеет определенное последствие для ребенка и мы можем влиять на поведение, манипулируя последствиями;

- сочетание пары стимулов: сочетая значимый для ребенка стимул и незначимый, мы можем повысить ценность условного поощрения;

- использование усилителей: в результате правильных действий ребенок сразу же получает поощрение (игрушка, катание на качелях, фитболе);

- использование подсказок или обучение без ошибок: ребенок получает помощь при выполнении заданий и всегда успешен в своей деятельности.

Пример №1: ребенок 4-х лет с РАС, выраженной задержкой психического развития (ЗПР), ранее не занимался.

На занятии дискомфорта, интереса к игрушкам не проявляет, не реагирует на обращенную речь, при попытке физического контакта демонстрирует протестные реакции (кричит, падает на пол).

Интерес проявил только к карандашам – с целью сенсорной стимуляции (крутит карандаш в пальцах, зрительная стимуляция). На следующем занятии для получения желаемого карандаша ребенку нужно надеть одно колечко на пирамидку. Поощрение давалось на 30 секунд, затем нужно надеть еще колечко и получить поощрение. По мере закрепления навыка задание постепенно усложняется: два колечка, затем три. В процессе поиска новых мотивационных стимулов: выявляется интерес к мыльным пузырям, пружинке, коробке форм. На 9-м занятии ребенок выполняет задание полностью и получает поощрение. По мере закрепления этого навыка ребенок выполняет два простых задания и получает поощрение. Постепенно закреплен и обобщен навык заниматься по схеме: 2-3 задания – поощрение. При этом репертуар мотивационных стимулов расширился, появились поощрения общепринятого характера: похвала, жетоны, наклейки.

В результате поведенческой терапии отмечается уменьшение случаев нежелательного поведения, появление у ребенка навыков сотрудничества с взрослым, формирование учебного поведения и готовность ребенка к традиционным занятиям.

2. Коррекция страхов и сенсорной сверхчувствительности.

Для проведения поведенческой терапии в этом направлении необходимо наличие определенных условий:

- доверие ребенка педагогу;

- готовность ребенка к занятиям: развиты навыки сотрудничества и сформировано учебное поведение;

- готовность родителей к организации домашних занятий с учетом рекомендаций специалиста.

Основной метод, применяемый в этом направлении – систематическая десенсибилизация. Также применяются вспомогательные методики: арт-терапия и телесно-ориентированная терапия.

Перед проведением коррекционной работы определяется необходимость терапии: интенсивность и частота проявления страха у ребенка, топография (внешний вид) проявления, насколько значимо изменяет жизнь семьи. Затем проводятся занятия по индивидуальной схеме: обучение ребенка навыку оставаться спокойным, постепенный процесс обнаружения раздражителя, усиление спокойного поведения. Для закрепления результата необходимо

продолжать терапию в домашних условиях, родителям даются рекомендации для организации занятий.

Пример №2: ребенок 7 лет, с РАС, ЗПР. У ребенка несколько страхов, самый значимый на настоящий момент – птицы. Это значительно осложняет жизнь семьи: при виде птиц ребенок кричит, отказывается идти в нужном направлении. Страх сильный, проявляется в виде панической реакции: учащается сердцебиение, холодный пот, нервная дрожь, дезориентация в пространстве. Систематическая десенсибилизация проводилась с использованием арт-терапии: ребенок лепил из пластилина, рисовал и делал поделки из бумаги в виде разных птиц. Затем придумывались игры с участием сделанных им птиц: бумажные птицы «летали», при этом налетая на ребенка с разных сторон; «пугались» и взлетали, когда мальчик пугал их. Проведено 10 занятий с педагогом, мама продолжала заниматься с ребенком дома, на улице: подбрасывать и «пугать» бумажных птиц, если увидели настоящих. Ребенок перестал проявлять страх и начал воспринимать птиц как игру: с удовольствием пугал их и продолжал идти в нужном направлении.

Результатом поведенческой терапии становится:

- уменьшение случаев нежелательного поведения, снижение интенсивности панических реакций;
- снижение сенсорной сверхчувствительности к определенным раздражителям;
- расширение возможностей ребенка и улучшение качества жизни семьи.

3. Развитие навыков социального взаимодействия.

Коррекционная работа проводится в несколько этапов:

- на первом этапе необходимо подготовить окружающую среду – добавить стимулы вызывающие интерес у ребенка;
- на втором этапе мы ждем проявления инициативы ребенка по поводу одного из стимулов;
- на третьем этапе мы требуем от ребенка более сложной речевой или коммуникативной реакции;
- в заключение мы всегда предоставляем желаемое ребенку.

Основной метод коррекции с целью развития навыков социального взаимодействия – случайное (натуральное) обучение.

Пример №3: ребенок 6 лет с РАС, ЗПР, спонтанная речь отсутствует.

На занятии проявил интерес к игре «Дождик» в сухом бассейне: шарики одного или разных цветов, складываются в таз и высыпаются на ребенка. Для развития спонтанной коммуникативной реакции перед началом каждого «Дождика» ребенку нужно было сказать слово «Еще». Когда навык закрепился, для запуска игры необходимо было повторить слова – «Еще дождик», после чего задание постепенно усложнялось до полной фразы – «Хочу еще синий (или другой) дождик». В результате ребенок еще по дороге на занятие мог выразить желание играть в «Дождик» – появилась спонтанная коммуникативная реакция и возможность социального взаимодействия.

Результатом поведенческой терапии становится уменьшение случаев нежелательного поведения, появление спонтанной речи и невербальных коммуникативных реакций.

Заключение

Таким образом, поведенческая терапия с использованием методов и приемов АВА нашла свое место в коррекционно-педагогическом процессе реабилитационного центра применяется по трем направлениям, расширяет возможности детей и подростков с РАС, способствует их успешной социализации.

УПРАЖНЕНИЯ И ИГРЫ КАК СРЕДСТВО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Об аутизме многим известно по фильму «Человек дождя». Его авторов заинтересовала неординарная личность героя. Вопреки сложившемуся после известного фильма «Человек дождя» стереотипу, у большинства людей, которые страдают аутизмом, нет особых талантов. Хотя иногда среди них действительно встречаются гении. И все-таки мир каждого малыша, в том числе и аутиста, уникален.

Ключевые слова. Аутизм, развивающие игры, коммуникативные навыки, эмоционально-волевая сфера.

Особый ребенок. Владу почти четыре года. Беседу с ним вести нелегко. Он не отвечает на вопросы, а повторяет их, словно эхо. Но иногда сам начинает что-то рассказывать о себе или декламировать стихи. В его речи почти отсутствует местоимение «я». Он всегда говорит о себе только в третьем лице. Играть Влад предпочитает один, а не с братиком или родителями. Легко запоминает песни и стихи, собирает сложные пазлы. Мама Влада волнуется: а вдруг это аутизм?

Термин происходит от латинского слова *autos*, что значит «сам». Психологический словарь определяет аутизм как «погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности, полным отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, скудностью эмоциональных проявлений». Такой ребенок может играть в одну и ту же любимую игру, он привязан к отдельным предметам, не может адекватно воспринимать события.

Не секрет, что игра – главная палочка-выручалочка родителей в процессе воспитания детей. Стоит только предложить малышу поиграть, как он с интересом станет корпеть над трудными, но все-таки очень увлекательными заданиями. Развивать внимание или терпение у дошколят – непростая задача. Такой усидчивостью отличаются далеко не все малыши.

Игра является важным фактором в развитии ребенка. Большое значение имеет игровая деятельность в формировании познавательных процессов. У ребенка в ходе игры развиваются основные формы: мышление, речь и воображение. В игре идет становление эмоционально-волевой сферы. Как же ребенка с расстройством аутистического спектра заинтересовать игрой? Трудно переоценить значение игры. Это в первую очередь становление межличностных отношений, в общении, коммуникации, социальной адаптации понимания аспектов социального взаимодействия. Ребенок может заниматься игрой только при условии, что ему интересно. Научить его правилам игры практически невозможно, он все равно будет играть так, как ему хочется. Способность работать или играть по правилам появляется у детей только к 4-5 годам. Желательно давать возможность крохе часто менять деятельность и предлагать ему решать творческие задачи. Важно, чтобы эти задачи доводились

до конца. И родители и педагоги должны активно быть включены в процесс их решения. У ребенка должно оставаться ощущение, что вы это делали вместе и его вклад велик. И обязательно поддерживать его похвалами.

При аутизме, как правило, страдают коммуникативные навыки и адаптация в социуме. Эта проблема не дает возможности существовать ребенку в реальном мире. Игры способствуют адаптации в социуме, помогают скорректировать нежелательное поведение, а также укрепить связь с родителями и подготовиться к общению со сверстниками в дошкольном учреждении, школе.

В отличие от ровесников, детей-аутистов интересует процесс ознакомления с предметным миром. При все при этом малыш может просто по прямому назначению использовать предмет. Именно в таком отношении к предметам присутствует и положительные моменты: свойства предметов (сенсорные). По этой причине в коррекционной работе часто используют игры сенсорные для детей с РАС. Целью использования сенсорных игр заключается в том, чтобы открыть перед ребенком широкий спектр различных чувственных ощущений. Поэтому они подразделяются на подвиды: настольные предметные или напольные (тактильные ощущения, зрительные и осязательные), обонятельные, вкусовые, звуковые. Развивающие игры, которые используют в работе с аутичными детьми. Для того чтобы подобрать наиболее действенные развивающие игры с детьми-аутистами, педагоги в первую очередь руководствуются рядом факторов, которые нужно приобрести с помощью игровых действий. Самое главное нужно учитывать уровень развития, возраст ребенка и предпочтения. Бывает, что игра, которая подходит малышу младшего возраста, уже не приносит пользы ощутимой в старшем возрасте. Конечно, в каждом случае игры подбираются индивидуально.

Игры сенсорные для аутистов. Для детей с аутизмом сенсорные развивающие игры способствуют вхождению в контакт со взрослыми людьми, учатся доверять им. А также получать дополнительную информацию об окружающем его мире, получать новые сенсорные впечатления, помогает избавиться от напряжения. Для этого подойдут такие игры, как, например: Игра: «Смешивание красок» – смешиваются краски разных цветов, для того чтобы получился новый цвет и оттенок. Или игра «Гора из пены» – в посуду наливается вода, добавляется моющее средство, в жидкость вставляется соломинка коктейльная и ребенок начинает дуть в нее, образуя шапку белой пены. Для «зрительных аутистов» чувственным сенсором являются глаза. Им подойдут игры с яркими картинками для складывания различных фигур, а также можно включать специальные компьютерные программы, в которых использованы яркие расцветки, раскраски.

Игры звуковые для детей с аутизмом. Ребенок с аутизмом находится под «куполом», который его отгораживает от внешнего мира. Ребенок постепенно перестает воспринимать информацию на слух. Это создает бытовые проблемы и негативно сказывается на обучении. Поэтому с такими детьми надо играть в сенсорные звуковые игры. Как пример, игра под названием «Шумящие коробочки» – для этой игры выбирают предметы, которые издают негромкие звуки (оберточная бумага, колокольчики с нежным звоном). Изучая предметы и их звучание, ребенок должен будет угадать, какой именно предмет звучал, когда взрослый будет отворачиваться и «шуметь» ими. Еще одна игра, которую можно использовать в своей работе педагог и родители: «Высокий-низкий» – игра заключается в том, ребенок после обучения понятиям низких и высоких звуков, может ассоциировать их с разными ситуациями, например, идет дождь

– ребенок поднимает руки вверх к тучкам (использовать можно для этого либо металлофон, либо пианино). После этого проигрываются звуки, поощряя ребенка выполнять движения.

Классическая музыка. При помощи аудиофрагментов из музыкальных произведений классической музыки по мотивам сказок и мультфильмов с помощью карточек, которые соответствуют изображению. Педагог описывает вслух картинку под музыку, а затем включает фрагмент и просит ребенка показать картинку, которая подходит к музыке. Если звуковые игры подобраны верно, то у ребенка развивается интерес к звукам различным и восприятие информации на слух. Для детей аутистов эти навыки очень важны.

Игры предметные для детей аутистов.

Игры предметные способствуют развитию внимания на разные свойства предметов, помогают контактировать с другими детьми, для того чтобы играть в паре или даже группе. Весь спектр детских развлечений вполне может обслужить набор, который состоит из палки, веревочки и мячика. Взяв такой нехитрый комплект, малыш с помощью взрослого сможет не только узнать много нового, но и развивать мышление и фантазию. А заодно соскучится по привычным игрушкам и наверняка увидит их в совершенно новом свете. В стереотипных играх, несмотря на однообразие есть и положительные моменты: ребенок, «играя по своим правилам», чувствует себя спокойно и комфортно. Благодаря стереотипным играм малыш может пребывать в спокойном состоянии после приступов агрессии и истерик и прочих негативных вспышек.

Игры стереотипные как основа взаимодействия с ребенком. У каждого ребенка-аутиста есть игры, которые он уже полюбил. В процессе этих игр он может продолжительное время совершать однотипные действия с предметами. Такие игры называются стереотипными и, как правило, однообразны. На протяжении многих лет ребенок может играть однотипно. И игрок только сам ребенок. Поэтому данные игры можно использовать для построения взаимодействия с ребенком. Стараясь понять игровую структуру, а потом и внедряясь в нее, можно завоевать доверие малыша. В процессе игры, предлагая ему нужный предмет ненавязчиво, помочь выполнить необходимое действие или повторить слова, которые малыш проговаривает во время игры. Таким образом, можно вносить в его стереотипные игры другие сюжеты и правила, затем подключая элементы игры сенсорной. Это может быть песок, вата, краски. Учитывая, что основную роль выполняют стереотипные игры, то ребенку можно во время развивающих игр позволить иногда возвращаться к ним, для того чтобы накопившееся напряжение нейтрализовать.

Игровая деятельность с аутичным ребенком в возрастной категории от года до четырех лет включает в себя взаимодействие с сыпучими продуктами. Большая пластиковая посуда заполняется фасолью, рисом или мелкими каштанами и закапывается маленькая игрушка. Задача ребенка – найти предмет. Таким образом малыш приобретает полезный осязательный опыт. Со временем ребенок начинает проявлять интерес к пальчиковым краскам, пластилину, песку, хотя раньше он их трогать отказывался. Дошкольников постарше (от 4 до 6 лет) можно заинтересовать ролевыми играми, так как у большинства детей с РАС присутствует задержка в развитии навыков «ролевых игр». За основу можно взять еще и пальчиковое рисование. Дети с РАС не любят ручки пачкать, и все же стоит к этой забаве привить интерес ребенка. Можно создавать рисунки на стенах в ванной и просто кляксы, в то же время малыш знакомится с различными цветами.

Игры сенсорные для детей-аутистов могут в себя включать игры на музыкальных инструментах, раскачивание на качелях. Какие же проблемы могут в ходе игр возникнуть с детьми-аутистами? Проблема состоит в том, что малыш просто не может включиться в игровой процесс. Самое главное, если ребенок не хочет включаться в игру и никакого внимания не обращает, то не нужно настаивать. Самое верное будет выполнение игровых действий, но оставаться в поле зрения малыша. Бывает так, что ребенка игра интересует, но он внешне безразличен. Малыш пугается ярких сенсорных впечатлений [BR].

Развиваем речь в игре. Если малыш ленится произносить слова, хотя уже знает названия многих предметов? И снова поможет игра. Например: «Чудесный мешочек» – дать ребенку рассмотреть предметы и игрушки, а затем сложить их в мешочек и попросить проговорить их название. По этой причине все новое и неизведанное нужно предлагать малышу постепенно. Следует разрабатывать сюжеты несложные, которые много времени не занимают. Маленький аутист может категорически не воспринимать или избегать развития игровых сюжетов. К этому нужно быть готовым и предлагать более интересные варианты ребенку. Детям-аутистам нравится манипулировать предметами. Все дети проходят в раннем возрасте этапы познания предметного мира. От обычных сверстников аутичные детки отличаются. Изучая предметный мир, они надолго «застывают». Привлекательные сенсорные свойства (гладкая поверхность игрушки, яркие цвета предметов) – основной мотив манипуляции с предметами и игрушками. Высок интерес аутичного ребенка к предметам, желание извлекать из окружающего мира сенсорные эффекты (на вкус пробовать, нюхать, вертеть, ронять на пол), так как назначение предмета для ребенка менее важно, то действовать с ним в соответствии с функциональным назначением. Например, перелистывая страницы книжки, ребенок не пытается читать. Точно также будет происходить и с игрушками. Дошкольник будет расставлять стаканчики от пирамидки на полу вместо того, чтобы собрать ее. Его не интересуют действия – ребенку больше нравится получать сенсорные эффекты в процессе манипуляций с предметами.

У аутичных детей успех игровой деятельности зависит от следующих факторов: правильно подобранный игровой сценарий, речевое и интеллектуальное развитие ребенка; установленный контакт с ребенком в игровой форме; педагог должен учесть индивидуально-психологические и клиничко-психологические особенности ребенка; чтобы ребенок чувствовал себя безопасно и комфортно, организация среды, где проходит игровая деятельность.

Список литературы

1. Янушко, Е.А., Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – М.: Теровипф, 2004. – 136 с. – (Особый ребенок).

2. Мамайчук, И.И., Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ В ГБУЗ АО «ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ «НАДЕЖДА»

ГБУЗ АО Центр реабилитационный «Надежда» (далее – Центр), находясь в ведомстве Министерства здравоохранения, оказывает комплексную медико-психолого-педагогическую квалифицированную, специализированную диагностическую, медицинскую, реабилитационную помощь пациентам с патологией слуха, речи, имеющих нарушение других высших психических функций, сопровождающихся нарушением коммуникации и общения в результате перинатальной патологии, черепно-мозговых травм, органического поражения головного мозга, генетических расстройств.

Задачей Центра является обеспечение максимально полной, своевременной адаптации детей к обучению, жизни в семье и обществе, а так же снижение (предупреждение) детской инвалидности.

Работа Центра строится в два этапа. На первом этапе основной задачей является раннее выявление нарушения слуха. Чем раньше выявлена потеря слуха, тем больше шансов для успешной реабилитации, для социализации и интеграции ребенка в общество.

В Центре проводится аудиологический скрининг с 2009 года детей, проживающих на территории Амурской области. Достаточное оснащение аудиологическим оборудованием перинатального центра, родильных отделений, детских поликлиник позволяет более эффективно проводить второй этап скрининга, а также контроль первого этапа, проводимого учреждениями здравоохранения Амурской области.

Таким образом, в 2020 году, на I этапе скрининга обследовано 98% детей от общего числа новорожденных. Из них выявлено с нарушением слуха – 3%. На II этапе скрининга обследовано 100% детей от общего числа новорожденных, выявленных с нарушением слуха на I этапе. Из них выявлено с нарушением слуха – 40%. В результате поменялась возрастная структура детей, проходящих реабилитацию, в сторону увеличения до 3-х лет и с 3-х до 6 лет (Таблица).

Таблица

Возрастная структура детей, прошедших реабилитацию в Центре

Год	до 3		3-6 лет		7-13 лет			14-18 лет		Всего на 1000 детского населения
	абс.	на 1000 детского населения	абс.	на 1000 детского населения	абс.	на 1000 детского населения	абс.	на 1000 детского населения		
2000	6	0,03	12	0,06	4	0,02	3	0,01	25	0,14
2010	18	0,10	93	0,52	49	0,27	9	0,05	169	0,94
2020	27	0,5	190	1,06	74	0,41	6	0,03	297	1,6

На II этапе составляется индивидуальная программа реабилитации. Медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации с учетом тяжести состояния ребенка, течения и стадии заболевания, наличия осложнения основного заболевания (или) сопутствующих заболеваний, ухудшающих течение основного заболевания. В Центре медицинская реабилитация оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара, включающая специализированную медицинскую, диагностическую, реабилитационную и социальную помощь детям с нарушением слуха, речи и других высших психических функций, сопровождающихся нарушением интеллекта, коммуникации общения и обучения. В основе реабилитации лежит комплексный подход, который включает в себя данные о соматическом, неврологическом состоянии ребенка, полное обследование слуха, двигательной сферы, оценку его познавательной деятельности, поведения и эмоций. Методы психолого-педагогической реабилитации – слуховой, или слухо-речевой реабилитации, верботональный и методика Монтессори.

Большое внимание уделяется работе с родителями, их мотивации к многолетней слаженной работе обязательно в сопровождении специалистов Центра. Именно готовность семьи, ее поддержка и адекватные ожидания, без иллюзий, являются прогностически благоприятными для эффективности реабилитации.

В нашем Центре более 10 лет работает «Школа родителей» для информационной поддержки наших «маленьких пациентов», родителей и их близких, что является важнейшей частью реабилитации.

Основные цели Школы родителей – психологическая и информационная поддержка родителей, воспитывающих детей с нарушением слуха, помощь семье в решении трудностей, возникающих при воспитании и развитии ребенка, формирование у детей социальной компетентности, повышение уровня осведомленности об окружающем мире, подготовка к последующему обучению и, как следствие, интеграция и взаимодействие с обществом. Важно отметить, что занятия для детей и родителей являются групповыми. План занятий строится с учетом запроса и интересов сформированной группы. Работа в «школе» помогает решить не только личностные проблемы, но и выработать социальные навыки в преодолении трудностей, связанных с воспитанием и развитием ребенка с нарушением слуха.

Роль семьи в реабилитации детей с нарушенным слухом трудно переоценить: родители и другие родственники ребенка становятся союзниками профессионалов (психологов, педагогов, дефектологов). Обучение родителей детей с ограниченными возможностями основам реабилитации специалистами Центра проводится с учетом индивидуальных особенностей детей, характера их индивидуальности, степени ограничения возможностей, физического и психического состояния, а также степени подготовленности родителей к этой помощи.

По нашим наблюдениям и анализу, «реабилитации семьи» в виде родительских собраний, «круглых столов», «дней открытых дверей», оформлении стендов по проблемам воспитания, не доказали своей эффективности. Такая работа затрагивает лишь верхнюю часть «айсберга воспитания», тогда как настоящие проблемы, волнующие данных родителей, остаются без внимания.

Программа школы родителей направлена на обогащение знаний, установок и умений родителей, необходимых для ухода за детьми и их

воспитания, гармонизации семейных отношений, выполнение родительских ролей в семье и обществе. В связи с чем эффективны групповые и индивидуальные занятия для родителей, направленные на:

- решение проблем воспитания детей в семье, в преодолении социокультурных и психолого-педагогических проблем, связанных с воспитанием детей;

- определение целей, возможностей и путей достижения желаемых результатов в воспитании детей;

- определение потребностей и установок родителей, влияющих на восприятие себя и ребенка;

- обучение родителей адекватному пониманию причин и способов коррекции эмоциональных и поведенческих реакций ребёнка на возникающие ситуации;

- формирование у родителей педагогических навыков, необходимых для развития когнитивной сферы ребёнка (внимания, памяти, мышления);

- развитие навыков коммуникации внутри семьи и вне её пределов для создания благоприятного социально-психологического пространства, способствующего адаптации семьи и ребёнка.

В ходе проведения данных занятий используются различные психологические техники и методы. Наиболее эффективными в работе оказываются методы когнитивной терапии, направленные на оценку проблемы и путей её решения; проективные методы, помогающие снизить эмоциональное напряжение и выразить «неприемлемые» эмоции; психоаналитические методы, способствующие осознанию раннего опыта и его влиянию на личность во взрослом возрасте; методы гештальт-терапии, ориентированные на осознание своей целостности и идентичности в повседневной жизни при выполнении различных задач, соответствующих выполняемой роли (родитель, работник, начальник, супруг).

Координация работы с родителями в Центре способствует более детальному обследованию семьи, более «глубокой» работе с ней и, в результате, решению медицинских, социальных, психологических проблем. Особенно важным является то, что реализация планов медико-психолого-педагогической работы с детьми с нарушением слуха может быть достигнута только при тесном сотрудничестве всех специалистов, участвующих в процессе реабилитации. Причем необходимо определение и точное выполнение предъявляемых требований ко всем участникам реабилитационного процесса. Родители являются основными участниками педагогической реабилитации, так как именно семья является основным исполнителем реабилитационных мероприятий.

После такой работы меняется взаимоотношение между медицинским, педагогическим персоналом и родителями. В результате повышается ответственность родителей за воспитание детей с нарушением слуха в семье, совершенствуются педагогические знания родителей; создается атмосфера взаимопонимания между родителями, педагогами и детьми; обмен опытом семейного воспитания между родителями.

В заключение следует подчеркнуть, что своевременно проведенная комплексная реабилитация, включающая работу с родителями, позволяет достичь полноценной социализации и интеграции слабослышащих детей в среду слышащих, а также укреплению семьи.

ИЗУЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Повышенный интерес к данной проблеме продиктован следующим фактом. За последнее десятилетие во всем мире, особенно в странах СНГ, отмечается рост насильственных действий, сопряженных с особой жестокостью, вандализмом, глумлением над людьми. Такие социально опасные проявления, обычно связанные с понятием агрессии и агрессивности, вызывают серьезное беспокойство. Особенно острой в настоящий момент является проблема роста детской преступности и асоциальности.

Поэтому повышенная агрессивность детей является одной из проблем не только для педагогов и психологов, но и для общества в целом.

Нарастающая же волна детской преступности и увеличение числа детей, склонных к агрессивным формам поведения, выдвигает на первый план задачу изучения психологических условий, вызывающих эти опасные явления. Особенно важным изучение агрессивности является в дошкольном возрасте, когда эта черта находится в стадии своего становления и когда еще можно предпринять своевременные корригирующие меры. Поэтому тема агрессии в дошкольном возрасте не потеряет своей актуальности и в будущем.

В отечественной же психологии сама по себе тема «детской агрессивности» долгое время была закрыта и поэтому не получила должной разработки.

Даже в настоящее время публикации на эту тему у нас единичны и представляют собой главным образом обзор зарубежных исследований Р. Бэрн и Д. Ричардсон.

Следовательно, можно сказать, что в последнее время изучение данной проблемы стало едва ли не самым популярным направлением исследовательской деятельности всего мира. Ведь вполне естественно, что в этой интересной, сложной и интенсивно изучаемой области все еще остается множество нерешенных проблем, а вновь возникших вопросов едва ли.

Мы изучали такие вопросы, как:

1. Агрессия обязательно подразумевает преднамеренное, целенаправленное причинение вреда жертве.
2. В качестве агрессии может рассматриваться только такое поведение, которое подразумевает причинение вреда или ущерба живым организмам.
3. Жертвы должны обладать мотивацией избегания подобного с собой обращения.

В детском саду мы познакомились с биологическими предпосылками формирования агрессивности. Особенности проявлений агрессивности в дошкольном возрасте. Также изучили, какое психолого-педагогическое воздействие возможно оказать агрессивным детям и методов работы с такими детьми.

Исследование проводилось в подготовительной группе д/сада №12 г. Борисоглебска.

У Карины, Валерии и Софии нет опасности закрепления агрессивных действий как патохарактерологических. Эти дети самостоятельно могут овладевать собственной агрессивностью, то есть у 25% агрессивных детей в группе I уровень агрессивности.

Таким детям, как Ева, Анна, Софья, Юлия требуется помощь в овладении собственным поведением, то есть у 33,4% агрессивных детей в группе II уровень агрессивности.

Значительная психолого-педагогическая, а также медикаментозная помощь в овладении агрессивностью как расстройством поведения и эмоций требуется Михаилу, Саше, Андрею, Александру, Руслану, то есть у 41,6% агрессивных детей в группе III уровень агрессивности.

Мы использовали методику «Кактус». С помощью данных методик мы выявили уровни и критерии агрессивности. Таким образом, результаты диагностики свидетельствуют о необходимости преодоления наблюдаемых тенденций. Следовательно, следующим этапом экспериментального изучения агрессивных проявлений у дошкольников будет психокоррекционная работа, в отдельных случаях профилактическая, с учетом вариативности агрессии.

На втором этапе мы проводили профилактическую работу с детьми и их родителями, которая сводилась на снятие агрессии, гнева, подбирались такие игры и упражнения, с помощью которых каждый ребенок мог бы выплеснуть свой гнев. Использовались такие методики, как: «Разрывание бумаги», «Разбей башню», «Игры с водой», «Кукла Бобо». Также мы обучали детей навыкам распознавания и контроля за негативными эмоциями. Мы постарались решить такие задачи, как расширение знаний детей о чувствах и эмоциях.

На данном этапе решались следующие задачи:

1. Расширение знаний детей о чувствах и эмоциях.
2. Развитие способности безоценочного их принятия, умения отреагирования эмоций.
3. Формирование умений управлять выражением своих чувств и эмоциональных реакций.
4. Повышение эмоциональной зрелости агрессивных детей.

Использовались следующие упражнения: «Эмоциональный словарь», «Фонтом», «Школа гнева», «Серебристый цвет». Также мы старались формировать способности к эмпатии, доверию, сочувствию, сопереживанию. На контрольном этапе мы провели анализ результатов исследования. Таким образом, по итогам исследования с агрессивными детьми были разработаны рекомендации для родителей, предложена тематика для родительских собраний, составлены опросники по данной теме.

По завершению психокоррекционной работы проведен эксперимент, который дал нам следующие результаты: частота агрессивных проявлений у испытуемой группы снизилась, кроме Андрея, Руслана, и Михаила, у которых наблюдается еще раздражительность на действие окружающих. Поэтому эти дети особо нуждаются в продолжении преодоления агрессивности.

Следует отметить, что хотя частота агрессивных проявлений снизилась, но не совсем исчезла (встречаются отдельные случаи агрессивности).

Мы видим, что, если на уровне констатации было только 3 человека с I уровнем агрессивности, а остальные 4 – со II уровнем, 5 – с III уровнем, то теперь на уровне контроля только 3 ребенка (Андрей, Михаил и Руслан) имеют

II уровень агрессивности, то есть каждый ребенок может самостоятельно без помощи взрослого владеть собственной агрессивностью.

Методика «Кактус» подтвердила данные полученные другими методиками. Агрессия продолжает наблюдаться у Михаила, Руслана, Андрея. (на то есть свои причины, прежде всего степень заинтересованности родителей в проблеме ребенка).

Сравнивая результаты, видно: было 75% агрессивных детей, после проведенных работ 15%.

При изучении агрессивных проявлений у детей дошкольного возраста мы пришли к следующим выводам.

Различные методологические и концептуальные подходы к объяснению детской агрессивности не позволяют однозначно трактовать предпосылки возникновения этого феномена. Однако становится ясно одно: детская агрессивность есть комплексное личностное образование, а причинами агрессивного поведения могут быть как психологические (нарушение в мотивационной, эмоционально-волевой, нравственной сферах), так и социально-психологические факторы (нарушение эмоциональных связей в системе детско-родительских отношений, особенности стиля воспитания), даже биологические предпосылки (аномалии половых хромосом).

Важную роль в формировании агрессивности играет стиль семейного воспитания. Здесь значимо все: от методов поощрения – наказания, стиля руководством ребенком, до «непрожитых» детских проблем самих родителей.

Кроме того, существует масса побочных ситуативных факторов, например, присутствие других людей (в особенности значимых, референтных), которые могут стимулировать или провоцировать возникновение агрессии у ребенка.

Для исследования агрессивности в силу особенностей психического развития применялись: наблюдение, анкета, опросник и проективная методика.

Для психологической коррекции детской агрессивности необходимо использование комплексного подхода.

А это значит, что преодоление агрессивности у детей дошкольного возраста будут осуществляться успешнее, если верно и своевременно применяются такие психологические условия, как:

1. Поэтапность в работе с агрессивными детьми.
2. Правильность выбора методов из их многообразия в соответствии с возникающими ситуациями.
3. Конструктивное поведение взрослых (родителей, педагогов), прежде всего подающее пример неагрессивного поведения, а также применение ими приемлемых форм обращения с агрессивными детьми.

По итогам работы с агрессивными детьми педагогам даны рекомендации.

Камкина М.С., музыкальный руководитель
Михайлова О.В., учитель-логопед

Отделение лечебной педагогики
ГАО Астраханской области
«Научно-практический центр реабилитации
детей «Коррекция и развитие»

ЛОГОРИТМИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОВЗ

С каждым годом увеличивается число речевых расстройств у детей с ограниченными возможностями здоровья. Необходим поиск более интересных, эффективных и доступных форм работы по коррекции речи. Логопедическая ритмика обладает большими возможностями и потенциалом, которые необходимы для успешной работы по преодолению речевых патологий у детей с ОВЗ.

Логоритмика – это система упражнений и игр на основе сочетания музыки, движения и слова, которая направлена на решение коррекционных, образовательных и оздоровительных задач. Цель логоритмики – преодоление речевых нарушений путём развития и коррекции двигательной сферы.

Основополагающий принцип проведения занятий – это взаимосвязь речи, движения и музыки. Взаимоотношения указанных компонентов могут быть разнообразными, с преобладанием одного из них или связи между ними [2]. Чаще всего именно музыка является организующим и руководящим началом. Восприятие речи и музыки осуществляется единой анализаторной системой, и поэтому недостатки речевой системы восприятия можно компенсировать с помощью музыкального восприятия. Движение в данном случае является основным средством взаимодействия между окружающими и ребенком. Формируя и развивая у детей с речевыми нарушениями двигательные способности, мы воздействуем на сенсомоторный уровень, создавая тем самым основу для устранения речевых патологий.

В процессе логоритмических занятий развиваются:

- слуховое внимание;
- музыкальный, звуковысотный, динамический и тембровый слух;
- фонематическое восприятие;
- пространственная организация движений;
- общая и тонкая моторика;
- слухо-зрительно-двигательная координация;
- физиологическое и фонационное дыхание;
- чувство ритма;
- речевая моторика для формирования артикуляционной базы звуков;
- связная речь.

С учетом возрастных и психомоторных особенностей детей с ОВЗ речевая нагрузка во время занятия распределяется равномерно. Чередование различных видов деятельности, новизна заданий, интересные сюжетные задумки помогают удерживать внимание и интерес детей, снижают утомляемость, способствуют лучшему усвоению материала. Основа занятий может быть очень разнообразной: сказочный сюжет, воображаемое путешествие или экскурсия, фольклорные источники, сюжетные и дидактические игры.

Дети с ОВЗ нуждаются в специальных упражнениях для развития общей моторики, для улучшения координации движения и слова, выработки чувства ритма, преодоления моторной неловкости. Чтобы разнообразить содержание занятий мы применяем авторские стихотворные тексты, которые позволяют максимально индивидуализировать задание и, как следствие, добиться лучшего результата.

Примерная структура занятия по логоритмике:

1. Ритмическая разминка.
2. Упражнения на координацию движений с речью.
3. Артикуляционная и мимическая гимнастика.
4. Дыхательные и голосовые упражнения.
5. Речевые игры.
6. Релаксационные упражнения.

Ритмическая разминка помогает быстрее включить детей в занятие и установить эмоциональный контакт. Она может включать в себя различные коммуникативные игры, динамические упражнения на регуляцию мышечного тонуса, упражнения на развитие внимания и памяти, ритмические игры. Такие игры чаще всего мы проводим в общем кругу.

Коммуникативное упражнение «Приветствие» (мелодия пропеваается вверх по звукоряду, а затем вниз)

Ручки выше подниму Здравствуй, солнышко, скажу!	Поднимают руки вверх, машут вверху «привет»
Опускаю ручки я, Добрый день, мои друзья!	Опускают руки вниз, разводят их в стороны

Упражнения на координацию движений с речью содействуют тренировке дифференцированных и точных движений, развивают чувство ритма. В таких играх мы часто используем различные детские музыкальные инструменты: бубны, маракасы, шейкеры. Это повышает у детей интерес к выполнению задания.

Упражнение «Колокольчики»

Дили-дили, дили-дили В колокольчики звонили,	Звонят колокольчиками быстро, на каждый слог
Динь-дон, динь-дон Стал помедленнее звон	Звонят колокольчиками медленно
И опять быстрее, быстрее Чтобы стало веселей,	Звонят колокольчиками быстро, на каждый слог
Динь-дон, динь-дон Замолкает перезвон	Звонят колокольчиками медленно, опускают колокольчики на колени

Упражнение «Дом»

Посмотрите, это дом!	Складывают руки домиком
Дом с окошками, с трубой!	Показывают окно, трубу
А над домом – облака,	Поднимают руки вверх, машут
Вертолет летит сюда.	Крутят «вертушку» руками
Возле дома – ёлочки,	Показывают руками «ёлочку»
И на них иголки.	Шевелят пальчиками
Собачка рядышком сидит,	Складывают «лапки» у груди
Укололась и рычит: «Р-р-р-р»!	Рычат

Артикуляционная и мимическая гимнастика – очень важный компонент занятия, они являются основой хорошей дикции, подготавливают артикуляционный аппарат ребенка к постановке звуков. Работа над артикуляцией позволяет уточнить правильное звукопроизношение, развивает подвижность языка, челюстей, губ, укрепляет мышцы глотки.

Артикуляционная гимнастика «Чаепитие»

В чашку чай нальём сейчас И для мамы и для вас	Упражнение «Чашечка» 3 раза (улыбнуться, открыть рот и установить язык наверху в форме чашечки)
Будем чай с вареньем пить. Что еще вам предложить?	Упражнение «Вкусное варенье» (улыбнуться, открыть рот и языком в форме чашечки облизывать губу, делая движения сверху вниз)
Вот чудесные конфеты И для Вани и для Светы	Упражнение «Конфетка» (узким кончиком языка упереться поочередно в правую и левую щеки)
Что не пьёте, горячо? Вы подуйте хорошо!	Упражнение «Парус» (улыбнуться, открыть рот, упереться широким напряженным кончиком языка в верхние зубы)

Дыхательные и голосовые упражнения помогают отработать диафрагмальный тип дыхания, продолжительность, силу и правильное распределение выдоха, развивают основные качества голоса: силу и высоту, укрепляют голосовой аппарат.

Упражнение «Гол!»

(на любую мелодию с размером 4/4)

Губы в трубочку тяну,	Вытягивают губы трубочкой
Долго дую фу-фу-фу,	На выдохе поют коротко «фу-фу-фу»
Мяч в ворота загоняю, Гол желанный забиваю	Дуют длинно на мячик из бумаги, загоняя его воздушной струей в ворота

Речевые игры помогают автоматизировать поставленные звуки, преодолеть речевой негативизм, активизируют словарь, улучшают грамматический строй речи. На занятиях мы используем различные виды речевых игр: ритмодекламации с музыкальным сопровождением и без, игры со звучащими инструментами, игры-диалоги. Мы подбираем речевой материал, который доступен детям в лексическом отношении. Использование стихотворных текстов помогает быстрому усвоению упражнений и облегчает выполнение логоритмических задач.

Упражнение «Паровозик»

(под любую ритмичную мелодию на 2/4)

По дороге я иду И колёсами стучу, Ту-ту-ту---ту-ту-ту, Ждут друзья меня в лесу	Шагают ритмично, поднимая высоко ноги. Одновременно выполняют круговые движения руками, изображая паровозик
Загорелась там трава, Потушить её пора	Останавливаются, машут руками, изображая качающуюся траву
Ту-ту-ту---ту-ту-ту, Бочку я с водой везу. Дождались меня друзья, Раз и два – и нет огня!	Шагают как паровозики Разводят руки в стороны

Релаксационные упражнения помогают снять напряжение и утомление. Они направлены на произвольное расслабление мышц, которое достигается при помощи сочетания двигательной активности и мышечного расслабления.

Упражнение «Эскимо»

Я во сне, как в кино, Превратился в эскимо	Складывают ладошки под щеку, как будто спят
Весь замерз и закалел И чуть-чуть не заболел!	Напрягают тело, сжимают кулачки
А потом я выпил чай	Складывают ладошки чашечкой, «пьют», релаксационная музыка
И, конечно, таять стал. Весь потек и помягчел,	Расслабляют тело, опускают руки
Даже чуточку вспотел!	Вытирают «пот» со лба

Используемый речевой материал можно применять не только на логоритмических, но и на других занятиях в качестве физкультминуток.

Многократное повторение изучаемого материала помогает лучшему его усвоению и позволяет создавать ситуации успеха, что очень важно для детей с ОВЗ.

Список литературы

1. Бабушкина, Р.Л., Кислякова, О.М., Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи / Под ред. Г.А. Волковой. – СПб: КАРО, 2005.
2. Волкова, Г.А., Логопедическая ритмика. – М.: Владос, 2003. – 272 с.
3. Картушина, М.Ю., Конспекты логоритмических занятий с детьми 5-6 лет. – М.: Сфера, 2008. – 208 с.
4. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. Т.В. Волосовец. – М.: В. Секачев, 2007. – 224 с.

Круцан Е.В., главный специалист (психолог)
отдела социальной помощи семье и детям

ГКУ АО Управление социальной защиты населения
по г. Райчихинск и п.г.т. Прогресс

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ К УСЛОВИЯМ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Проблема социально-психологической адаптации ребенка к условиям дошкольного образовательного учреждения возникла с самого начала существования дошкольных образовательных учреждений и продолжает оставаться актуальной в настоящее время. Только придя в детский сад, ребенок испытывает сильнейший стресс, который иногда затягивается на несколько месяцев, и может переходить в дезадаптацию. Поступление ребенка в дошкольное образовательное учреждение является новым периодом в его жизни. Для ребенка младшего дошкольного возраста, это, прежде всего, первый опыт коллективного общения.

Поступление ребенка в дошкольное образовательное учреждение сопровождается изменением окружающей его среды, режима дня, характера питания, системы поведенческих реакций ребёнка, приводит к необходимости устанавливать социальные связи, адаптироваться к новым условиям жизни.

Необходимо отметить, что у детей с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития. Они проявляются в отставании, нарушении и своеобразии развития двигательной сферы, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах предметно-практической деятельности, в особенностях эмоционально-волевой сферы, социально-психологической адаптации и интеграции в общество. Процесс социально-психологической адаптации ребенка с патологией зрения к условиям существования в окружающей действительности зависит от того, как у него формируются определенные знания, навыки и умения, позволяющие адекватно действовать и приспособляться, исходя из своих возможностей.

Самым оптимальным подходом в обеспечении социально-психологической адаптации детей младшего дошкольного возраста можно считать творческий подход, раскрывающий особенности личности и индивидуальности каждого ребенка. Таким современным подходом является арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, творческой деятельности. Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания в процессе восприятия и создания продуктов искусства, творческой деятельности, что, в свою очередь, позволяет создать наиболее эффективные условия для успешной социально-психологической адаптации детей младшего дошкольного возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения.

Проблема социально-психологической адаптации детей с нарушением зрения является одной из актуальных и предполагает анализ развития и выявление причин отклонения в поведении детей. Зрительная система несет

на себе колоссальную нагрузку. Именно при помощи глаз человек получает большую часть информации об окружающем мире. Если зрение нарушено, то не формируется или нарушается уже сформированная координация движений, малыш начинает испытывать страх перед тем, что его окружает, становится замкнутым. В связи с этим, очень важно как можно раньше установить нарушение зрительной системы, для того чтобы начать необходимую коррекционную работу.

Адаптивные возможности ребенка младшего дошкольного возраста ограничены, поэтому резкий переход малыша в новую социальную ситуацию и длительное пребывание в стрессовом состоянии могут привести к эмоциональным нарушениям или замедлению темпа психофизического развития. Таким образом, важная задача психологов и педагогов помочь детям с нарушением зрения, преодолеть стресс при поступлении в дошкольное образовательное учреждение и успешно адаптироваться к нему.

Истратов О.Н. считает, что самым оптимальным подходом в обеспечении социально-психологической адаптации детей младшего дошкольного возраста можно считать творческий подход, раскрывающий особенности личности и индивидуальности каждого ребенка. Таким современным подходом является арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительной и творческой деятельности. Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания в процессе восприятия и создания продуктов искусства, творческой деятельности. Арт-терапия считается одним из наиболее мягких, но эффективных методов в работе с детьми – это путь к психологическому здоровью ребенка. Разнообразные занятия искусством способствуют развитию творческих способностей ребенка, формированию у него правильного мировоззрения и позитивного мировосприятия. В процессе детского творчества раскрывается внутренний мир ребенка.

Используя арт-терапию в работе с детьми, можно достичь следующих целей: формирование высокого жизненного тонуса и гармоничных отношений с окружающим миром, развития взаимопонимания между детьми, а также между ребенком и взрослыми. В конечном итоге использование метода арт-терапии способствует развитию мышления, логики, воображения, памяти, внимания, речи, мелкой моторики, творческих способностей, навыков успешного взаимодействия со сверстниками и взрослыми, и, конечно же, отличному самочувствию ребенка.

Соприкасаясь с искусством в разных его проявлениях, ребенок избавляется от психических напряжений, стрессов, общение с прекрасным дает ему возможность успокоиться, научиться быть сосредоточенным, внимательным и жить в гармонии с самим собой, следовательно, намного легче и безболезненнее адаптироваться к новым условиям детского сада. По мнению отечественных исследователей (Казанникова А.В., Петрова Т.О., Сирина С.Ю.), исцеляющие функции искусства заключаются в том, что оно приносит эстетическое удовлетворение, предоставляет неограниченные возможности для творчества, повышает психическую активность и уверенность в себе, развивает навыки коммуникации, активизирует компенсаторные процессы организма, направленные на развитие психики, обеспечивает психическую саморегуляцию, является инструментом преодоления внутренних конфликтов.

Танцевально-двигательная терапия – одна из форм арт-терапии. Это междисциплинарная область, она существует на стыке психотерапии и танцевального искусства. Кроме того, она тесно связана со многими другими областями знания. Среди них: анатомия, физиология, психофизиология, нейропсихология. Двигательная активность всегда являлась мощным биологическим стимулятором жизненных функций растущего организма. Потребность в движениях составляет одну из основных физиологических особенностей детского организма. Чем младше ребенок, тем больше степеней свободы и легкости имеет его тело. Изначально почти всю информацию об окружающем мире ребенок получает через телесные ощущения поэтому на разных участках тела имеются зоны, «запоминающие» на всю жизнь положительные и отрицательные отпечатки его общения с миром.

Танцевально-двигательная терапия развивает коммуникативные навыки и творческие способности ребенка, повышает уверенность в собственных силах и дает мощный стимул для саморазвития и решения психологических и педагогических проблем, используется, в основном, в групповой работе. Она побуждает детей к свободе и выразительности движения, развивает подвижность, укрепляет силу как на физическом, так и на психическом уровне. Такая терапия идеально подходит для физического развития ребенка, помогает его психоэмоциональному становлению – формирует образ тела и способствует улучшению координации движений, моторики, самоконтроля.

Маленькие дети часто не могут выразить свои переживания из-за отсутствия активной речи. Танцевально-двигательная терапия может оказаться полезной для установления взаимопонимания со сверстниками, взрослыми и новой средой пребывания в период адаптации. При работе с детьми используются простые упражнения, которые основываются на таких особенностях детей младшего дошкольного возраста, как: эмоциональность, впечатлительность, способность быстро заражаться как положительными, так и отрицательными эмоциями от взрослых и сверстников и подражать их действиям.

Движения под музыку создают благоприятную основу для совершенствования таких психических функций, следующие как мышление, память, внимание, восприятие. Занятия танцами эффективны для воспитания положительных качеств личности. Выполняя упражнения на пространственные построения, разучивая парные танцы и пляски, двигаясь в хороводе, дети приобретают навыки организованных действий, дисциплинированности, учатся вежливо обращаться друг с другом.

При нарушениях зрения формирование музыкальной деятельности у детей идет от показа к подражанию и осуществляется на многофункциональной основе: речевой, слуховой предель и музыкально-двигательной. В музыкально-ритмических упражнениях могут быть использованы ленты, флажки, обручи, мячи, кольца, платочки, что позволяет привлечь внимание детей раннего возраста. У ребенка закрепляются понятия о форме, величине и цвете данного предмета.

Развитие эмоционально-поведенческой сферы детей младшего дошкольного возраста является центральным звеном в системе психологической работы. Многие трудности адаптации детей к дошкольному образовательному учреждению обусловлены их эмоциональной незрелостью и нарушениями эмоциональной регуляции поведения, а также нехваткой тактильного контакта. Танцевальные упражнения развивают пластику, гибкость, легкость тела,

снимают мышечные зажимы, дают ребенку ощущения свободы и радости, способствуют игровой инициативе, стимулируют моторное и эмоциональное самовыражение.

Танцевально-двигательная терапия позволяет ребенку младшего дошкольного возраста не только научиться двигаться под музыку, но и решить многие психологические задачи, стоящие перед ним в этом возрасте, выработать эффективные стратегии социальной адаптации. Танцы в значительной мере влияют на рост и физическое развитие ребенка, помогают правильному формированию скелета, развитию мышечного корсета. У детей младшего дошкольного возраста с нарушением зрения еще слабый опорно-двигательный аппарат и если ребенок малоподвижен, то с его развитием могут появляться такие неприятные последствия, как сколиоз, косолапие, плоскостопие. Танцевально-двигательная терапия является отличной профилактикой таких заболеваний. Так, по мнению Г.В. Яковлевой, прыжки и вращения развивают вестибулярный аппарат и умение ребенка ориентироваться в пространстве. Стабилизируется работа мозжечка, благодаря чему решаются проблемы с координацией движения.

Танцевально-двигательная терапия с детьми раннего возраста предполагает использование различных видов танцевального искусства: образно-сюжетный танец, танец-импровизация, пластика тела, танец рук, коррекционная ритмика, современный детский или народный танец. Детям легче выразить свои чувства и эмоции через пластику своего тела, так как его развитие идет от движения и эмоций к слову. У ребенка отсутствие умения владеть своим телом, так называемая мышечная свобода, проявляется в двух видах:

- мышечный «зажим», то есть перенапряжение отдельных или всех групп мышц;

- излишняя разболтанность, развязность.

Чем меньше мышечных зажимов на теле человека, тем здоровее, свободнее и благополучнее он себя ощущает.

Двигательная активность – важный фактор профилактики многих заболеваний и укрепления здоровья воспитанников. Танцевальные движения оказывают влияние на физическое и психологическое развитие ребенка. Занятия снимают стресс, укрепляют мышечную систему, корректируют отклонения от нормы физического развития, повышают жизненный тонус, формируют систему знаний о здоровом образе жизни.

С помощью танцевально-двигательной терапии ребёнок может использовать движение для более полного выражения себя и для сохранения своей индивидуальности в контакте с другими детьми. Танцевально-двигательная терапия – это единственный вид терапии, где используется много свободного пространства, что немаловажно при групповой работе с детьми дошкольного возраста. Танцевально-двигательная терапия позволяет ребенку снять напряжение, страхи и лучше адаптироваться в дошкольном образовательном учреждении. Музыка способствует созданию благоприятного эмоционального фона, совершенствованию восприятия, снятию мышечного напряжения, развитию мелкой моторики, обеспечивает более легкую адаптацию к новой среде.

Социально-психологическая адаптация детей младшего дошкольного возраста к дошкольному образовательному учреждению является одной из важнейших и актуальных проблем. Особое внимание к этой проблеме обусловлено ежегодным увеличением количества детей, попадающих в «группу

риска» процесса дезадаптации к дошкольному образовательному учреждению. Оптимизация процесса адаптации к дошкольному образовательному учреждению детей раннего возраста имеет место быть в условиях, где есть возможность к расслаблению, оптимизации положительного эмоционального фона. Именно средства танцевально-двигательной терапии являются средствами гармонизации эмоциональной сферы воспитанников.

Значение движения в развитии ребенка раннего возраста трудно переоценить. Телесные ощущения для ребенка первостепенны в освоении окружающего мира. Развитие восприятия, внимания, памяти, воображения, мышления происходит у него в опоре на практические действия. Движения связаны у ребенка с чувством радости, наслаждения от освоения разнообразных действий. Возможность движения, практических действий для ребенка – одно из самых предпочитаемых удовольствий, а также эффективных средств поддержания его интереса практически к любому роду занятий. В свою очередь, расширение и развитие эмоциональной сферы, переживание радостных состояний ведет к формированию оптимистического мировоззрения, что является основой концепции здорового образа жизни.

Психическое и душевное здоровье ребенка коренится в эмоционально-телесных процессах. Огромный терапевтический и развивающий потенциал музыки связан с удовольствием, которое получают дети от телесного выражения эмоциональных переживаний. Музыка, слитая с движением, выступает как основа становления личности, здоровой в физическом, психическом и духовном смыслах. Танцевально-двигательная терапия – эффективное средство эмоционального развития детей в рамках, соответствующих культурным нормам поведения. Движение под музыку помогает сделать эмоцию видимой, пережить ее в телесных ощущениях, связать с субъективным, индивидуальным опытом и тем самым присвоить ее, сделать личностным достоянием.

Таким образом, техники танцевально-двигательной терапии позволяют детям с нарушением зрения удовлетворять потребность в двигательной активности, сбрасывать излишки напряжения, восстанавливать эмоциональное равновесие, а также оказывают плодотворное влияние на снижение уровня тревожности, что способствует конструктивной коммуникации между детьми, и, как следствие, успешной адаптации к дошкольному образовательному учреждению.

КОРРЕКЦИЯ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Введение. Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) по праву относятся к числу наиболее тяжелых, инвалидизирующих и социально значимых психических заболеваний детского возраста в силу высокой частоты (1:160 детского населения по данным Всемирной организации здравоохранения).

За последние пять лет в Республике Беларусь отмечается рост первичной инвалидности у детей в связи с РАС на 64% (200 случаев первичной инвалидности в 2015г. и 312 случаев в 2020 г.).

Коррекция проблемного поведения является одной из ведущих задач медицинской реабилитации, направленной на восстановление жизнедеятельности у детей с РАС.

Проблемное поведение у детей с РАС чаще всего проявляется следующим образом, ребенок часто:

- теряет самоконтроль;
- спорит со взрослыми;
- игнорирует требования взрослых или отказывается подчиняться установленным правилам;
- преднамеренно раздражает людей (поступает наперекор);
- обвиняет других в своих ошибках или поведенческих проблемах;
- стремится добиться своего и легко раздражается;
- злится и обижается на окружающих;
- бывает злобным и мстительным.

Для коррекции проблемного поведения у детей с РАС чаще всего используются антипсихотические лекарственные средства (далее – АЛС), однако их действие не всегда оказывается таким, как предполагается: эффект оказывается недостаточным или возникают нежелательные лекарственные реакции (далее – НЛР). Одним из факторов, определяющих эффективность АЛС, является полиморфизм гена множественной лекарственной устойчивости (multi drug resistance, далее – MDR1), который приводит к затруднению или наоборот, облегчению проникновения фармакологических субстанций через тканевые барьеры.

Указанное выше определяет актуальность исследования, в том числе исследование генетических факторов в эффективности АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС.

Цель работы: исследовать эффективность применения АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС путем последовательного решения следующих задач:

1. Изучение зарубежного опыта применения АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС.

2. Исследование эффективности применения АЛС в коррекции проблемного поведения в клинической группе детей с РАС в Республике Беларусь.

3. Оценка роли полиморфизма гена MDR1 в формировании НЛР при использовании АЛС и построение прогностической модели ответа на лечение проблемного поведения у детей с РАС.

Материал и методы

Проведен анализ протоколов лечения РАС в Республике Беларусь, Российской Федерации, Республике Казахстан, Соединенных Штатах Америки, Европе для изучения зарубежного опыта применения АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС.

Для исследования эффективности применения АЛС в коррекции проблемного поведения обследовано 107 детей с РАС (М/Д=107/30 (78,1%/21,9%), средний возраст составил $8,55 \pm 3,02$ лет.

Применялись следующие методы исследования: анамнестический, клинический, экспериментально-психологический, статистический.

Для выявления генетического полиморфизма гена MDR1 всем детям с РАС был произведен забор биологического материала (слюна/буккальный эпителий). Праймер для амплификации фрагментов ДНК, содержащих мутации rs2032582, rs1045642, rs1128503, осуществляли в программе VectorNTI (Invitrogen, США). В качестве референсной была выбрана нуклеотидная последовательность гена MDR1 человека под номером NC_000007.14 в базе данных NCBI Nucleotide (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nucleotide>). Для детекции однонуклеотидных замен выбраны два альтернативных варианта ПЦР-анализа: ПЦР с последующим рестрикционным анализом и ПЦР с детекцией продуктов в режиме реального времени.

Результаты исследования и обсуждение:

При исследовании зарубежного опыта применения АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС по материалам литературных источников, эффективность применения АЛС была доказана в отношении протестного, агрессивного, аутоагрессивного, стереотипного поведения, гиперактивности, импульсивности, повышенной возбудимости у детей с РАС.

Анализ клинических протоколов Республики Беларусь, Российской Федерации, Республики Казахстан, Соединенных Штатов Америки, Европы позволил сделать вывод, что в мировой практике на данный момент существуют принципиально разные подходы к использованию АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС. Так в США и Канаде только 30% детей и взрослых с РАС получают АЛС. Во Франции использование АЛС ограничено взрослым возрастом, у детей АЛС применяются только в тяжелых случаях РАС. В Великобритании ситуация схожа с США и Канадой. В странах СНГ в психиатрической практике наблюдается наиболее массовый и достаточно агрессивный подход к назначению АЛС. Обобщенный опыт официального использования АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС в разных странах приведен в Таблице 1.

**Обобщенный опыт официального использования АЛС
при коррекции проблемного поведения у детей
с РАС в разных странах**

(в соответствии с действующими клиническими протоколами/рекомендациями)

ЛС	РБ	РФ	Казахстан	США (FDA)	Европа (EMA)
АЛС					
Рisperидон	+	+	-	+	+
Арипипразол	-	+	-	+	-
Клозапин	Традиционные нейролептики существенного и стойкого улучшения не обеспечивают	+	+	-	-
Клопиксол		+	-	-	-
Алимемазин		+	-	-	-
Галоперидол		+	+	-	-
Трифлуоперазин		+	+	-	-
Левомепромазин		+	+	-	-
Палиперидон		+	-	-	-
Перициазин		+	-	-	-
Перфеназин		+	-	-	-
Сульперид		+	-	-	-
Хлорпромазин		+	+	-	-
Флуфеназин		-	+	-	-
Галоперидол – адеканоат		-	+	-	-
Хлорпротиксен		+	+	-	-
Тиоридазин		-	+	-	-

Отсутствие клинического ответа или наступление НЛР и отказ от лечения отмечено в 70–80% случаев у детей с РАС. Столь высокий процент неэффективного действия АЛС приводит к их длительному подбору.

По результатам проведенного исследования в Республике Беларусь, применение АЛС показали положительный эффект только у 33 (24,1%) детей с РАС. Неэффективность лечения АЛС отмечалась у 104 (75,9%) детей с РАС: развитие НЛР – 79 (57,7%), отсутствие эффекта – 25 (18,2%) соответственно.

Для оценки влияния полиморфизма гена MDR1 на эффективность использования АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС был использован метод логистической бинарной регрессии. Качество приближения прогностической модели оценивали на основе метода максимального правдоподобия, показателями которого является отрицательный удвоенный логарифм функции правдоподобия – 2LL, меры определенности R² (Nadelkerkes). При вероятности $p > 0.5$, пациенты были отнесены в группу с неблагоприятным ответом на лечение, при вероятности $p < 0.5$ – с благоприятным ответом. В результате ведущим, значимым показателем, влияющим на развитие неблагоприятного ответа, был полиморфизм гена MDR1 ($p = 0,000$).

В клинической группе детей с РАС выявлена следующая частота полиморфизма гена MDR1 (rs1045642): С/С – 25 (18,2%), С/Т – 75 (54,7%), Т/Т – 37 (27,1%) ($\chi^2= 11,13$, $p=0,004$). Установлено, что полиморфизм гена MDR1 (rs1045642) достоверно значимо влияет на развитие НЛР ($p=0,000$), а пол и возраст не оказывают статистически значимого влияния ($p>0,05$) на развитие НЛР при назначении АЛС у детей с РАС.

По результатам исследования, процент верно предсказанных значений развития НЛР при назначении АЛС у пациентов с аутизмом составил 92,9%.

С целью оценки качества разработанной прогностической модели был использован график ROC-кривой. Площадь под кривой составила $AUC=0,87$, что оценивается как очень высокий прогностический показатель развития НЛР при назначении АЛС у детей с аутизмом.

Выводы:

1. Применение АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС только в 24,5 % случаев является эффективным.

2. Недостаточная эффективность АЛС связана с развитием НЛР и полиморфизмом гена MDR1 (rs1045642), который затрудняет проникновение АЛС через гематоэнцефалический барьер, снижая их эффективность.

3. Определение полиморфизма гена MDR1 (rs1045642) в 92,9% позволяет предупредить неэффективность лечения при назначении АЛС в коррекции проблемного поведения у детей с РАС.

В коррекции проблемного поведения у детей с РАС предпочтение следует отдавать реабилитационным вмешательствам, а не назначению АЛС.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И НАПОЛНЕНИЯ РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРЕДМЕТНО-ПРОСТРАНСТВЕННОЙ СРЕДЫ РЕСУРСНОЙ ЗОНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Вопрос организации и развитие предметно-пространственной среды в ДОО для детей с РАС на сегодняшний день особо актуален. Это связано с введением ФГОС, увеличением количества детей с РАС, с тем, что ДОО является первым институтом социализации таких детей. Жизненное пространство аутичного ребенка требует особой заботы и специальной организации. Пространство, в котором ребенку с РАС предстоит быть, приобретает особую, терапевтическую значимость. Почему? Потому что дети с аутистическими расстройствами не усваивают основные правила и паттерны (повторяющиеся шаблон, образец) социального поведения, с трудом приобретают необходимые для жизни социальные и коммуникативные навыки, у них не формируются адекватные представления о физическом и социальном окружении, что является важным для успешной социализации.

Ключевые слова: развивающая предметно-пространственная среда; ФГОС ДОО; РАС; карточки ресс; пиктограммы; наглядное расписание; социализация; коммуникация.

Развивающая предметно-пространственная среда (далее – РППС) для группового помещения является важным элементом организации образовательной деятельности, также правильная организация окружающей среды способствует преодолению данных трудностей, помогая ребенку понять значение явлений материального и социального мира. На сегодняшний день ФГОС имеет определенные требования к РППС:

1. Возможность общения и совместной деятельности детей и взрослых.
2. Возможность двигательной активности ребенка.
3. Возможность для уединения.

Также РППС должна быть:

- содержательно-насыщенной (разнообразное оборудование, материалы);
- трансформируемой; вариативной (возможность изменения пространства РППС, разнообразие материалов и игрушек);
- доступной и безопасной (доступность для детей, свободный доступ к играм и игрушкам, пособиям).

Начнем с группового помещения. Наше помещение расположено на 1 этаже, в стороне от других групп. Так как ребенку с РАС необходима спокойная, домашняя обстановка, соблюдение тишины и отсутствие отвлекающих факторов. К основным отвлекающим факторам можно отнести: незнакомая обстановка, движущиеся объекты, люди, различные шумы. Тихая, спокойная обстановка позволяет ребенку максимально сконцентрироваться на речевых высказываниях находящегося рядом человека, уменьшает чувство страха.

Адаптация и последовательное изменение окружающей среды ведет к улучшению навыков социального взаимодействия, коммуникации,

формированию адаптивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра и развивает социализацию и коммуникацию.

Для организации образовательного процесса с детьми, имеющими РАС, большое значение имеют:

- организация пространства;
- организация времени.

Пространство, подготовленное для работы с детьми с РАС, характеризуется привлекательностью, упорядоченностью и функциональностью. Помещение группы условно делится на зоны по функциональным назначениям:

- игровая;
- учебная.

Для организации игровой зоны используются:

– тренажёр «Сенсорные камни» (рисунок 1) – набор утяжеленных разноразмерных «камней». Так как размер камней не совпадает с их весом, т.е. крупные камни обладают легким весом, мелкие самым тяжелым. Это привлекает внимание ребенка к его проприоцептивным ощущениям (это ощущения, отражающие движение и положение тела благодаря рецепторам, расположенным в мышцах, связках и вестибулярном аппарате) и заставляет пересматривать уже сформированные схемы в случае их ошибочности.



Рисунок 1. «Сенсорные камни»

Яйцо Совы (рисунок 2) или знаменитое Яйцо Кислинг, изобретённое блестящим немецким специалистом по сенсорной интеграции Уллой Кислинг. Это мягкий шарообразный мешок, в который можно залезть целиком и почувствовать себя в безопасности, как в тёплом домике. В этом мешке можно побыть наедине с самим собой, можно полежать можно перекатываться, кувыркаться, брыкаться, в общем можно делать всё, что хочется!



Рисунок 2. «Яйцо Совы»

Передвижная поворотная система (рисунок 3) – является важным атрибутом в групповой зоне для ребенка с расстройством аутистического спектра, так как она позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности, помогает расслабиться. Для ребенка с расстройством аутистического спектра имеет большое значение остаться наедине с самим собой.



Рисунок 3. «Передвижная поворотная система»

Для того чтобы помочь ребенку сориентироваться в окружающем пространстве, мы используем пиктограммы одевающегося/раздевающегося на дверях спальни, на двери туалета – ребенок, сидящий на унитазе, это дает возможность не только для ориентирования ребенка в пространстве, но и для закрепления его социального действия в конкретной зоне/помещении.

Также в нашей группе мы используем ориентировочные подсказки, такие как использование маленькой фотографии ребенка, цвета для обозначения вещей, которыми он пользуется в группе (стол, стул, шкафчик). Размещение на стене перед входом в группу фотографии детей, посещающих группу. Также перед входом в группу мы используем наглядное расписание на день, в котором на карточках изображено, что нужно сделать ребенку в течение дня (завтрак, прогулка, сон).

Так в результате организации дня у ребенка развивается понимание последовательности происходящего, что позволяет ребенку лучше ориентироваться в повседневных событиях, более самостоятельно выполнять социальные действия в соответствии с режимом дня и расписанием занятий.

Учебная зона для ребенка подготовлена по стандартам ФГОС ДОО, каждое рабочее место ребенка соответствует его возрастной норме.

Так как для ребенка с РАС сильной стороной является зрительное восприятие, то для этого в нашем саду на каждого ребенка подготовлен индивидуальный альбом. Он состоит из картинок, которые крепятся на липучке, благодаря этим картинкам ребенок может понять, что он сделал сегодня и что ему еще предстоит сделать. Также в этом альбоме содержится несколько игр, такие как «Что я надену сегодня», ребенок может благодаря картинке с липучками нарядить девочку или мальчика, придумать, что ему надеть сегодня: шорты или штаны, футболку или рубашку. Может выбрать согласно картинке с изображением веселого лица и грустного, какое у него сегодня настроение.

Важно, чтобы в расписании дня у ребенка содержались не только обязательные дела, такие как завтрак, занятие, прогулка, но и такие, как

поиграть с любимой игрушкой, отдохнуть в тренажёре «Яйцо Совы», посмотреть мультфильм.

Расписание занятий у детей аутистов не должно меняться, им не нужны никакие «сюрпризы». Предсказуемость помогает ребенку сконцентрироваться на учебном процессе.

Большая часть занятий происходит в виде игры, например, ребенку предлагают поиграть с воспитателем в игру «Волшебный мешочек», в ходе этой игры ребенок определяет, что это за предмет по характерным внешним признакам, то есть по форме, таким же образом у ребенка можно развивать речь и воображение.

Одним из наиболее эффективных приемов развития мелкой моторики является использование материалов Марии Монтессори – бизборд (развивающая доска для ребенка). Благодаря бизборду-домик ребенок учится открывать и закрывать дверь, нажимать цветные кнопки, защелкивать дверцу на щеколду. Так во время игры с бизбордом ребенок учится решать самостоятельно любые задачи разной сложности.

Все необходимое в группе под рукой – питье, еда, игрушки, не надо специально покидать помещение.

Потёмкина Н.К., учитель-дефектолог
ОГБОУ «Центр образования для детей с особыми образовательными потребностями г. Смоленска»,
младший научный сотрудник лаборатории образования и комплексной абилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата и множественными нарушениями развития
ФГБНУ «ИКП РАО»
г. Москва

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАМКАХ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НОДА

К нозологической группе детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее – НОДА) относятся обучающиеся, имеющие двигательные нарушения разной степени выраженности в сочетании с особенностями психоречевого развития, которые могут осложняться сопутствующими сенсорными нарушениями (зрения, слуха) и соматическими заболеваниями.

Дети с НОДА могут обучаться как в специализированных образовательных организациях, так и в общеобразовательных. Однако, при тяжелых и сочетанных формах нарушений, они не всегда имеют возможность очно посещать уроки. Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в рамках домашнего обучения позволяет реализовать их право на полноценное образование. Организация дистанционного обучения может осуществляться как одной образовательной организацией, так и с привлечением сторонних образовательных организаций в рамках сетевой формы реализации образовательных программ.

Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.07.2021) дает следующие определения:

– электронное обучение (ЭО) – это организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и педагогических работников;

– дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – это образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников.

Дистанционное обучение получило широкое распространение в связи с самоизоляцией в период пандемии. Как показала практика организации вынужденного домашнего обучения с применением дистанционных образовательных технологий в различных регионах, образовательный процесс может осуществляться как на оборудовании, которое предоставляется

образовательной организацией семье обучающегося, так и на личном оборудовании (например, ноутбуке, планшете и даже смартфоне). Это зависело от возможностей и материально-технической оснащенности конкретного образовательного учреждения и семьи ребенка. Однако, как правило, данное оборудование не учитывало моторные и иные особенности обучающихся с НОДА, то есть не соответствовало их особым образовательным потребностям. При этом обучение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей-инвалидов, в том числе с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с применением ЭО и ДОТ ведется в России достаточно давно и в педагогической практике накоплен достаточно обширный положительный опыт такой формы обучения. Примерами образовательных организаций, которые реализуют образовательные программы в данной форме, могут быть ГКОУ г. Москвы «Школа «Технологии обучения» и ОГБОУ «Центр образования для детей с особыми образовательными потребностями г. Смоленска».

В образовательных организациях, специализирующихся на обучении детей с ОВЗ и детей-инвалидов с применением ЭО и ДОТ, оборудование (специальное оборудование) и программное обеспечение предоставляются семьям обучающихся в безвозмездное временное пользование на период обучения в данном учебном заведении. Комплектация учебного оборудования может варьироваться. Для детей с нерезко выраженными нарушениями верхних конечностей, чья моторика рук позволяет работать со стандартной мышкой и клавиатурой, используется стандартный комплект техники, который позволяет выполнять все операции, необходимые для полноценной учебы в дистанционном формате. Как правило данный комплект включает в себя системный блок, монитор, стандартные клавиатуру и мышь, колонки, веб-камеру. Данный комплект может быть расширен дополнительным периферийным оборудованием (например, принтером, сканером, графическим планшетом), которое значительно расширяет возможности формы взаимодействия учителя и обучающегося.

Однако оснащение рабочего места именно специальным оборудованием позволяет частично или полностью компенсировать ограничения, связанные с нарушением двигательных функций (специальная клавиатура с большими кнопками и накладкой, сенсорная клавиатура, джойстики, роллеры, головная мышь). Использование такого оборудования позволяет обучающимся с двигательными нарушениями принимать активное участие в учебном процессе, не становясь пассивными слушателями.

Обучение детей школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий осуществляется на всех уровнях общего образования: начального общего, основного общего и среднего общего образования. С обучающимися проводятся уроки как по общеобразовательным дисциплинам, так и занятия коррекционно-развивающего блока, ведется консультативная деятельность с детьми и с их родителями (законными представителями) узкими специалистами образовательной организации (педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом, социальным педагогом). Учебная нагрузка и расписание составляются с учетом особенностей психического и физического развития, индивидуальных возможностей ребенка с НОДА. Выполняется адаптация содержания и формы учебного материала. Уроки могут быть как индивидуальные, так и общеклассные. Помимо общеобразовательных предметов дети могут

посещать различные курсы по выбору. Все это демонстрирует значительное преимущество дистанционной формы перед классической формой домашнего обучения. Однако, несмотря на многие плюсы, этот формат несет в себе и многие сложности, так как учитель взаимодействует с обучающимся опосредованно через компьютер. Поэтому результат коррекционно-образовательного процесса напрямую зависит не только от педагогической компетентности учителя и индивидуальных особенностей ребенка, но и от вовлеченности в коррекционный процесс родителей (законных представителей).

Если обобщить, то в целом организация обучения детей с НОДА в дистанционном формате включает в себя два этапа: начальный этап и собственно коррекционно-образовательную деятельность. На начальном этапе важно установить контакт с семьей. Попросить родителей рассказать, что они ожидают от такой формы обучения и дать представления о реальных возможностях, разъяснить их роль в образовательном процессе и объяснить насколько важна их заинтересованность для достижения положительных результатов. Также этот этап включает диагностику, которая позволяет выяснить уровень учебных и моторных навыков ребенка, чтобы определить какое оборудование (специальное оборудование) необходимо обучающемуся. Практика показала, что эффективность очной формы такой диагностики значительно выше. Далее начинается собственно образовательная деятельность. Не стоит забывать, что работа с детьми с НОДА не должна сводиться к процессу научения, то есть пассивного восприятия и воспроизведения готовой информации и трансляции знаний. Необходимо включать ребенка в практическую деятельность, будь то электронные задания на компьютере или манипуляции с предметами. Ну а так как дистанционная форма работы исключает возможность использовать материалы специалистов для выполнения предметно-манипулятивной деятельности в реальном пространстве, что особенно важно в работе именно с детьми с НОДА, то заранее необходимо ознакомиться с доступными «домашними» предметами (например, наличие тренажеров, массажных мячей, кубиков, наборов крупного лего, мозаик, тематических домино, крышек от бутылок).

Форма взаимодействия с применением дистанционных образовательных технологий предполагает реализацию не только образовательной деятельности, но и социализацию обучающихся. С этой целью дети и их родители активно вовлекаются во внеклассную деятельность. Проводятся тематические недели, виртуальные экскурсии, различные электронные конкурсы, праздничные утренники и линейки в дистанционной форме. При этом дети не просто пассивные зрители, они активно участвуют, проходя квесты, записывая ролики с поздравлениями, читая стихи или отвечая на вопросы викторины в режиме реального времени.

Таким образом, можно сделать вывод, что дистанционное обучение дает обучающимся с НОДА, находящимся на домашнем обучении, ряд преимуществ: возможность осваивать образовательную программу в полном объеме, возможность обучаться по всем предметам у профильных учителей, возможность заниматься и консультироваться с узкими специалистами, возможность получать дополнительное образование по интересам. И даже при резко ограниченной мобильности ребенок может участвовать во внеклассной деятельности и социализироваться как в рамках своей образовательной организации, так и за ее пределами.

Пудов В.И., руководитель программы
реабилитации, к.б.н.

Зонтова О.В., методист

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России,
г. Санкт-Петербург

Пудов Н.В., координатор
дистанционной программы «Я слышу мир»,
г. Санкт-Петербург

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГЛУХИМ ДЕТЯМ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА

Кохлеарная имплантация является современным медико-техническим средством реабилитации пациентов детского и взрослого возраста с глубокой степенью тугоухости и глухотой. Программа проведения кохлеарной имплантации включает в себя три основных этапа: дооперационное обследование, операция и послеоперационный период восстановления, послеоперационная медико-техническая и психолого-педагогическая реабилитация.

Результатом реализации всех мероприятий по кохлеарной имплантации является повышение реабилитационного потенциала инвалидов по слуху. Средством социализации и интеграции их в общество является слухоречевое развитие, приобретаемое в условиях проведения им мероприятий по психолого-педагогической реабилитации. Основой коррекционно-педагогической помощи лицам с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации является качественный физический слух, обеспечиваемый в результате настройки процессора системы кохлеарной имплантации. Такие настройки проводятся регулярно в клиниках, где была установлена система кохлеарной имплантации и других сурдологических и специализированных центрах (на специальном программном оборудовании).

В период самоизоляции нет возможности посещения центров с целью осуществления настройки и коррекционно-педагогической помощи. Эпидемия внесла свои коррективы в нашу повседневную жизнь. Многие из того, что было задумано не удается завершить в запланированные сроки.

В сложившейся ситуации нужно правильно использовать свободное время для занятий с ребенком по развитию слухового восприятия и речи. Современные телекоммуникационные технологии позволяют дистанционно заниматься с ребенком, не выходя из дома. Для этого нужен обычный домашний компьютер или даже смартфон, а вот с настройкой речевого процессора дело обстоит намного сложнее.

Для дистанционной настройки речевого процессора, кроме компьютера со специальным программным обеспечением, необходимо использовать специальный цифровой интерфейс для подключения речевого процессора к компьютеру, которого в домашних условиях ни у кого из родителей нет. В некоторых регионах в сурдологических

центрах есть такая возможность, но это тоже невозможно в сложившейся ситуации. Если предыдущая настройка была вполне адекватной, то с течением времени параметры настройки сильно не меняются. А поскольку ребенок находится в стандартных домашних условиях на близком расстоянии от членов вашей семьи, это практически никак не отразится на его слуховых способностях.

Конечно, настройка параметров речевого процессора является важным элементом слухоречевой реабилитации лиц после кохлеарной имплантации. От того насколько правильно настроен речевой процессор, зависят слуховые способности человека, но это имеет значение для тех, кто находится в сложных акустических условиях с повышенным уровнем окружающего шума. Практика показала, что адекватная настройка параметров речевого процессора в большинстве случаев позволяет воспринимать шепотную речь на расстоянии до 5-6 метров, а разговорную речь – до 10 и более метров. При адекватной настройке речевого процессора люди после кохлеарной имплантации не испытывают утомления при его ношении в течение всего дня и привыкают к своему речевому процессору. Тем не менее, некоторые близкие пациента с нарушенным слухом считают, что чем чаще настраивать речевой процессор, тем лучше пациент будет слушать и понимать обращенную речь, забывая, что самым важным условием для понимания и развития устной речи должна быть целенаправленная и систематическая работа по ее развитию. В течение первых двух лет после операции, когда происходят наиболее значимые изменения состояния улитки и перестройка центральных слуховых механизмов, настройка речевого процессора проводится с интервалом 6-12 месяцев индивидуально для каждого человека. В дальнейшем эти процессы стабилизируются, и настройка процессора проводится по мере необходимости. Поводом обращения для коррекции настройки речевого процессора должно быть то, что сами пациенты (или их близкие) или педагоги стали замечать, что человек стал хуже понимать обращенную речь.

Таким образом, настроить процессор в домашних условиях не представляется возможным, однако можно изменить некоторые параметры настройки с помощью пульта дистанционного управления. Пульт позволяет не только переключать установленные аудиологом четыре программы, но также в пределах каждой программы можно изменять громкость и чувствительность микрофона. Не стоит бояться воспользоваться этими дополнительными функциями, поскольку вы всегда можете вернуться к исходным параметрам настройки.

Прежде всего, функция, которой редко пользуются пациенты и специалисты, это чувствительность микрофона. Если человек постоянно находится дома в небольшом помещении, то рекомендуется уменьшить чувствительности микрофона. Эта простая манипуляция позволит снизить уровень окружающего шума и реверберации помещения и тем самым улучшить слуховое восприятие без изменения громкости. Если даже посторонний шум в вашем помещении отсутствует, то реверберация – эхо за счет отражения от стен помещения, которое незаметно для людей с нормальным слухом, то для пользователей слуховых аппаратов и кохлеарных имплантов существенно снижается разборчивость речи.

Другая полезная функция пульта – изменение громкости, пользоваться которой нужно не просто по наитию, а очень осознанно. Только хорошо

натренированный пациент может оценить небольшие изменения громкости. Ошибочно считать то, что чем громче, тем лучше слышно. На самом деле существует понятие оптимальной громкости, обеспечивающей наилучшую разборчивость речи, при превышении этой громкости разборчивость начинает снижаться. Потому нужно выбирать программу не по громкости, а по разборчивости. Для этого нужно подготовить три примерно равнозначные таблицы из словарного запаса слов пациента. С помощью этих таблиц можно оценить, какая из трех программ дает максимальную разборчивость, это и будет рабочая программа.

Отдельно следует отметить, что если по каким-либо причинам человек не пользовался процессором несколько дней, то включать процессор нужно с самой тихой (обычно первой) программы, а иногда даже уменьшив громкость на этой программе. На следующий день можно вернуть громкость к исходному уровню, а еще через день уже перейти на свою рабочую программу. Если с помощью пульта дистанционного управления вам удалось улучшить слуховое восприятие, то оставайтесь на этой программе, если вы не заметили улучшения, то вернитесь к исходным программам. Важно понимать, что основной успех в слухоречевом развитии, прежде всего, зависит от систематических занятий по развитию слухового восприятия и речи.

Кроме того, оптимальная настройка процессора системы кохlearной имплантации позволяет воспринимать неречевые и речевые звуки окружающего мира различной частоты и громкости. Так формируется физический слух человека, на основе которого (под целенаправленным влиянием работы специалиста – сурдопедагога) формируется и развивается функциональный слух. Слуховое восприятие при развитом функциональном слухе является основой формирования и развития спонтанной речи ребенка, как основы социализации и интеграции в обществе. Так повышается реабилитационный потенциал детей с нарушенным слухом при правильной организации процесса настройки системы кохlearной имплантации. Такой процесс проводится междисциплинарной командой и является плодом взаимодействия специалиста по настройке, специалиста по реабилитации и родителей (или лиц их заменяющих).

Рыбакова Е.В., старший преподаватель
Султанова Р.М., к.п.н., доцент
Гаязова Г.А., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Башкирский государственный университет,
г. Уфа

Рыбаков Д.Г., сетевой администратор

Межрегиональной межведомственной
Интернет-Гостиной «Белая Речь»,
г. Белорецк

ЛИЧНОСТНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ АДРЕСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С РАС

Современные реалии преобразования социума: информационно-технологические, урбанистические, профессиональные – тотально коррелируют с проявлениями у детского населения изменений коммуникативного статуса, социально-деятельностного развития, личностно-преферентной природы. В целом нормативно-развивающиеся (называемые ныне нормотипичными) категории детей и подростков демонстрируют ныне своеобразие социализации, мотивации деятельности, структуры занятости. Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), с одной стороны, испытывают усугубление социально-деятельностной напряженности и повышенный риск перегрузки в социально-образовательной занятости, с другой – цифровизация, дистанцированность, разноплановость, дискретность дидактического пространства открывают определённые преимущества, связанные с повышением возможностей вариативного применения, тиражирования, выбора дистанции и формата использования дидактических средств.

Для эффективной и гармоничной актуализации этих и других возможностей совершенствования социально-образовательного сотрудничества взрослых и детей в период активного, нередко драматичного преобразования общества необходим ряд условий, и в первую очередь – имеющих принципиально правовую отнесённость, поскольку системность проблематики востребует от всех участников созидательного сотрудничества высокой координированности, целесообразности, перспективной и этической ориентированности в ходе структурного роста и качественного развития системы адресной поддержки обучающихся и их семей, бюджетных и общественных организаций, сотрудничества исследователей и практиков, обеспечения безопасности образовательной среды и институционального соответствия.

И если законодательную, нормативно-правовую базу эффективно задают здесь ряд международных и отечественных инициатив и документов, федеральных государственных образовательных стандартов, то гуманизация образовательных отношений заложена как в международных декларациях и ФГОС (например, позиция демократизации образовательной среды), так и в научной, методической литературе, проявляется она в практике передовых образовательных организаций, специалистов, семей и сообществ.

В нашей работе мы опираемся на классический базис межличностной культуры образования и общения, предпосылки которой есть и в античных источниках (диалоги Сократа и общение Аристотеля с учениками), на системное международное сотрудничество, прогнозирование образовательной ситуации, изучение запросов семей обучающихся, акцентируя право личности обучающегося проявлять личные предпочтения, вкусы, актуализировать проектные запросы, креативные возможности, индивидуализировать образовательную занятость и режим сотрудничества со взрослыми.

Мы рассматриваем здесь преимущественно категорию обучающихся с ОАС, тем более что производные, сопутствующие состояния у детей и других нозологических групп также обнаруживают сходные проявления той или иной этиологии. Эти дети изучались авторами и нашими коллегами в формате непрерывного образования специалистов коррекционного профиля, педагогической практики студентов, консультирования и супервизии руководителей образовательных организаций, специалистов и родителей детей с РАС по запросу, собственной диагностико-коррекционной практики авторов.

Стремительно растущая и раскрывающая всё более разнородные аспекты развития и проблематику адресного сопровождения категория обучающихся с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) сообщения выросших и благоприятно адаптировавшихся к социуму граждан с расстройствами аутистического спектра показывают как скрытую потребность их в общении, в той или иной степени осознанную, так и готовность к восприятию, актуализации индивидуально приемлемых контентов [1], проектной самоактуализации.

Нередко гуманистическая позиция учёных [2, с. 71-78], специалистов, родителей, первоначально противостоящая устоявшимся взглядам, подтверждается практикой и мнением включившихся в социальную коммуникацию граждан с РАС. Так, например, меняются взгляды на вербальную персеверацию, применение нерасчлененных текстов, выбор иноязычной лексики для коммуникации, кажущиеся капризы в дидактическом выборе [3, с. 149-154] и даже проявления аутоагрессии – первоначально воспринимаемые как однозначно патологические симптомы и явления, данные реалии могут представлять приспособительные механизмы и продуктивные приёмы [4, с. 62-65; 5, с. 761-771]. Как минимум, современные специалисты не исключают такие проявления из праксиса обучающихся, растёт также опыт эффективной актуализации различных нетипичных реакций и способов действия.

Текущий период развития адресного сопровождения обучающихся с особыми образовательными потребностями (ОВЗ) характеризуется, с одной стороны, совмещением нормативно-правовых основ системной поддержки детей различных нозологических групп (международные правовые основы, Федеральные государственные образовательные стандарты) с позициями интерсубъектной, личностной ориентированности (античные, современные, перспективно значимые тренды, методические достижения и механизмы гуманизации образования) [6; 7, с. 342], с другой – интеграцией подходов, разрабатываемых для одних категорий обучающихся с ОВЗ, для других целевых групп специального образования, а также для одаренных детей и нормотипичных обучающихся.

Для обеспечения этих продуктивных проявлений и в качестве осуществления социально-образовательных потребностей объединяются социально ответственные и научно достоверные усилия на каждом этапе развития общего и специального образования.

Данный период принципиального и субъектного совершенствования социально-образовательного сотрудничества всех участников современного образования требует, на наш взгляд, определить, осуществлять и развивать ряд следующих принципов:

- ребёнок не обязан отвечать на наши обращения и отвечать нашим педагогически, родственным, общественным ожиданиям – это мы должны найти приемлемые для них и безопасные подходы, доступно и привлекательно информируя о них обучающихся, учитывая их возрастающие критические и проектные возможности, инициативы;

- наши представления об обучающемся в той или иной степени дефицитарны, неточны, ошибочны, оценка возможностей ребёнка характеризует лишь наш взгляд, нашу интерпретацию доступной нам информации, мы должны поддерживать и совершенствовать нашу готовность принять, благоприятно и достаточно безопасно актуализировать какие-либо проявления активности ребёнка в качестве деятельностного, личностного, интегративного, коммуникативного ресурса, варьируя подходы и демонстрируя личную деятельную толерантность;

- ребёнок имеет право на собственный выбор, в том числе отрицательный (и это тоже его образовательная потребность, личностная и компетентностная), мнение, оценку, инициативу, темп и дистанцию деятельности;

- обучающийся имеет право на неадекватное, особенно на наш ситуативный взгляд, поведение, напротив, это наша креативная состоятельность и ответственность обеспечивает и эффективность, и безопасность сотрудничества;

- нам следует принять, что ребёнок сотрудничает с нами и тогда, когда это нам неявно, – и обеспечивать ему пространство для самоактуализации, а также для расширения столь неоднозначного праксиса;

- примат активности обучающегося предполагает как соблюдение педагогической паузы, так и дискретности социально-образовательного диалога, чтобы неожиданные, тем более спонтанные реакции, проявления обучающегося получали благоприятный для развития диалога и самого ребёнка ответ;

- отсутствие явного запроса на информацию как дидактического, так и иного плана не означает отсутствие потребности обучающегося в ознакомлении и вариативном доступе к образовательным средствам, курсам различного уровня сложности (актуального, ближайшей зоны развития, паспортного возраста, превышающего уровня сложности, пониженного, вкусовой и досуговой отнесенности, информации о его состоянии, возможностях, перспективах, опыте, проблемах, достижениях других обучающихся и сообществах, социальных, технических, иных аспектах общественной жизни;

- сопровождающие субъекты несут ответственность за доступную актуализацию личностны, самобытных, интегрирующих, креативных, проектных, событийно-деятельностных, сверхкомпенсаторных ресурсов обучения.

Существенно, что общественный запрос в отношении такого системного социализирующего подхода растёт в семьях и образовательных организациях, сопровождающих детей и иных нозологических состояний, равно как и детей относительно нормативного развития, одарённых, высокомотивированных.

Список литературы

1. Гаязов, А.С., Индивидуальные траектории образования личности [Электронный ресурс] / А.С. Гаязов // Режим доступа: <http://www.raop.ru/index.php?id=878>.
2. Гаязов, А.С., Новые реалии современного мира и перспективы образовательной деятельности / А.С. Гаязов // Вестник Курганского государственного университета. – 2019. – № 3 (54). – С. 71–78.
3. Рыбакова, Е.В., Султанова, Р.М., Гаязова, Г.А., Организация блока вариативных стимульных материалов и пособий для обеспечения избирательной познавательной активности детей с РАС. - В сборнике: Деятельность ПМПК в современных условиях. Ключевые ориентиры. сборник материалов Всероссийской конференции. Российский университет дружбы народов. 2018. С. 149-154.
4. Султанова, Р.М., Гаязова, Г.А., Рыбакова, Е.В., Интерсубъектный компонент в системе сопровождения ребёнка с РАС. - В сборнике: Теоретические и прикладные проблемы психологического здоровья и экологии человека. Сборник научных статей Международной научно-практической конференции. отв. редактор Р.Р. Халфина. 2017. С. 62-65.
5. Рыбакова, Е.В., Султанова, Р.М., Гаязова, Г.А., Индивидуализированный педагогический мониторинг как обеспечение условий эффективного неврологического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. – Дефектология в свете современных нейронаук: теоретические и практические аспекты: Сб. материалов I Международной научной конференции, 23–24 апреля 2021 г. / Под общ. ред. Т. Г. Визель. М.: Когито-Центр – Московский институт психоанализа, 2021. – 825 с. ISBN 978-5-89353-624-9, стр. 761-771.
6. Рыбакова, Е.В., Султанова, Р.М., Гаязова, Г.А., Рыбаков, Д.Г., Развитие инклюзивного образования на текущем этапе. Региональный опыт. Научные исследования и инновации. Сборник статей VI Международной научно-практической конференции: сборник статей, [электронное издание сетевого распространения] / Под ред. Н.В. Емельянова. – М.: «КДУ», «Добросвет», 2021. – 136 с. – URL: <https://bookonlime.ru/node/39417> – doi: 10.31453/kdu.ru.978-5-7913-1173-3-2021-136. ISBN 978-5-7913-1173.
7. Рыбакова, Е.В., Изучение и поддержка готовности обучающихся к проектным, креативным, индивидуально приоритетным формам сотрудничества с преподавателями с применением разработанных Л. С. Выготским принципов и подходов Актуальные проблемы культурно-исторической психологии: материалы Первого международного симпозиума по культурно-исторической психологии (Новосибирск, 17–19 ноября 2020 г.) / сост. Т. Э. Сизикова, Н.Н. Попова, О.А. Дураченко. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2020. – 508 с. – Текст: непосредственный. ISBN 978-5-00104-601-1, стр. 342-328.

Сахарюк А.П.,

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»,
ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»

Фомина А.Г.,

МУЗ «Детская городская больница»,
г. Благовещенск

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ПУТЕМ СТИМУЛЯЦИИ ПРОПРИОРЕЦЕПТОРОВ КОНЕЧНОСТЕЙ И АКТИВАЦИИ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Актуальность: двигательные расстройства являются основной причиной инвалидности при детском церебральном параличе.

Цель: коррекция двигательных расстройств при детском церебральном параличе.

Материалы и методы: существующие способы коррекции двигательных расстройств достигаются путем внешней терапевтической стимуляции проприорецепторов: физиотерапия, механотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия, логопедия, массаж, динамическая проприорецептивная коррекция по К.А. Семеновой, аутонейритотерапия по Е.А. Мельниковой. Впервые в России и мире Сахарюком А.П. разработан и внедрен новый «Способ активации проприорецепторов при детском церебральном параличе», патент на изобретение №2732345, приоритет от 20 ноября 2019 г., дата государственной регистрации в Государственном реестре изобретений РФ от 15.09.2020. Это достигается путем образования чрезкожных мышечно-костно-мозговых каналов на протяжении бедра и голени на нижней конечности, плеча и предплечья на верхней конечности. Под общим обезболиванием выполняются разрезы кожи до 0,5 см длиной, вне прохождения сосудисто-нервного пучка верхней или нижней конечности. Формируются костно-мышечные каналы и производится перфорация длинных трубчатых костей с проникновением в костно-мозговой канал. Размеры фрезевых отверстий варьируют от 1 до 5 мм, в зависимости от диаметра трубчатой кости, количество перфорационных отверстий составляет 16-20 и определяется длиной конечности. На протяжении костно-мышечных каналов стимулируются проприорецепторы, что позволяет создать новые, устойчивые эфферентные рефлекторные связи между головным и костным мозгом, длинными трубчатыми костями, сухожилиями, мышцами конечности.

Результаты: хирургическая стимуляция проприорецепторов при детском церебральном параличе в течение 2-х лет выполнена 56 пациентами от 4 до 17 лет. У всех пациентов наблюдались нарушения моторной и координационной функции в различной степени (спастичность, парезы, мышечная гипотрофия, контрактуры, нарушения координации и мелкой моторики, дистонические атаки и гиперкинезы, в том числе у 27 больных имела место тетраплегия с невозможностью самостоятельного передвижения. На протяжении 2-х лет после операции у всех пациентов увеличился объем движений в суставах, значительно регрессировал спастический компонент, изменилась поза тела

и движений, значительно увеличился мышечный объем конечности, что позволило активно вертикализировать пациентов колясочников, значительно улучшить устойчивость, походку с более легкими двигательными расстройствами. При поражении верхних конечностей удалось улучшить мелкую моторику, точность движений, проявления гиперкинезов и дистонических атак.

Выводы:

– хирургический способ активации проприорецепторов позволяет устойчиво коррегировать мышечный тонус, статику, походку, моторику конечностей, что значительно улучшает качество жизни и социализацию пациентов;

– способ позволяет стимулировать резервы проприорецептивного поля конечностей и более эффективно использовать известные методы реабилитации детского церебрального паралича.

Санзараева О.С., воспитатель,
Кушнарева Т.С., социальный педагог,
Проскуракова Е.П., учитель-дефектолог

ГБУ РХ «Республиканский дом-интернат для детей «Теремок»,
г. Абакан

РОЛЬ СКАЗКИ В ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОМ ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Проблемы, связанные с духовно-нравственным воспитанием детей и подростков, постоянно находятся в центре внимания педагогов. Эта задача в специальной коррекционной школе приобретает особое значение. Умственно отсталые дети должны быть воспитаны так, чтобы их самостоятельное поведение в разнообразных жизненных ситуациях соответствовало существующим в обществе социальным нормам. Незрелость личности умственно отсталого ребенка проявляется в особенностях развития интеллекта и эмоционально-волевой сферы. Чувства ребенка недифференцированы, диапазон переживаний невелик, наблюдается чрезмерная поверхностность или инертность переживаний. Этим объясняются трудности, связанные с преодолением стереотипного поведения ребенка. Поэтому формированию духовно-нравственного мира следует уделять достаточно времени, используя школьное обучение: уроки, практические и внеурочные мероприятия. Одним из эффективных направлений духовно-нравственного воспитания ребенка играет творческая деятельность.

Психологи утверждают, что развивать творческое начало в детях следует как можно раньше, в противном случае оно может угаснуть. Следовательно, необходима целенаправленная работа по развитию творческих способностей детей с учётом возрастных и индивидуальных особенностей, характеризующимися разными нарушениями и отклонениями в развитии. Одной из форм работы по данному направлению являются работа над сказками и такой вид искусства, как «кукольный театр».

«Дети должны жить в мире красоты, игры, сказки, музыки, рисунка, фантазии, творчества» – писал Сухомлинский В.А.

Вотечественной педагогике уделяется особое внимание методам духовно-нравственного воспитания, так как в его процессе формируется сознание, общественное поведение, обогащается опыт общения с окружающими. Поэтому очень важно:

1. Создавать условия для духовно-нравственного развития ребенка.
2. Способствовать коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы детей в процессе продуктивной деятельности, связанной с нравственным содержанием.
3. Обеспечивать социальную адаптацию школьников путем введения их в культурную традицию сказки, кукольного театра, используя малые жанры фольклора (пословицы, поговорки), знакомя детей с музыкальными и живописными произведениями.
4. Помогать усвоению детьми духовно-нравственных категорий, правил доброй, совестливой жизни.

Так в процессе работы над сказкой мы решаем и коррекционно-развивающие задачи: гармонизация их психоречевого развития, обогащение словаря, развитие образного строя и навыков связной речи. Сказка – это ещё и терапия средой, особая сказочная обстановка, в которой у ребенка вырабатывается способность сопереживать, сострадать и радоваться. Сказка помогает снимать психоэмоциональное напряжение, связанное с учебной деятельностью детей, их межличностными отношениями и конфликтами.

Мы убеждены, что художественно-продуктивная деятельность, разыгрывание сюжетных сцен, драматизация реализуют деятельностный принцип психического развития и обеспечивают усвоение духовно-нравственных представлений и норм поведения детей.

Формирование нравственных понятий – очень сложный и длительный процесс. Он требует постоянных усилий от педагога, систематичной и планомерной работы. Современному ребенку мало прочесть сказку, раскрасить ее героев, поговорить о сюжете. С детьми необходимо осмысливать сказки, вместе находить скрытый смысл и жизненные уроки. Только в этом случае она поможет им успешно социализироваться в реальной жизни.

Сказка это еще и волшебство, а волшебство – это ещё превращение, мимические и пантомимические упражнения, минуты шалостей и фантазий, путешествий, игр-драматизаций. Сказка помогает овладевать невербальным элементом общения, понимать чувства других людей, осознавать свое «Я»

Когда начинаешь рассматривать сказку с различных точек, на разных уровнях, оказывается, что сказочные истории содержат информацию о динамике жизненных процессов. В сказках можно найти полный перечень человеческих проблем и образные способы их решения. Слушая сказки, ребенок накапливает некий символический «банк жизненных ситуаций». Этот «банк» может быть активирован в случае необходимости. Сказка может дать символическое предупреждение о том, как будет разворачиваться ситуация. Поэтому сказка для детей связана, прежде всего, с осознанием смысла сказочных событий и их взаимосвязи с ситуациями в реальной жизни. Если ребенок начнет осознавать «сказочные уроки», отвечать на вопрос: «Чему же нас с тобой учит сказка?», соотносить ответы со своим поведением, то он станет более активным пользователем своего «банка жизненных ситуаций», будет мудрым и созидательным.

Мы считаем, что работая над сказкой, следует придерживаться некоторым закономерностям:

Акцент	Направление размышления	Вопросы	Комментарий
Основная тема	Важно понять основные идеи сказки, то есть, что с помощью её нам хотели передать наши предки, какой опыт, о чем предупредить, чем подбодрить	О чём эта сказка? Чему она нас учит? Как конкретно мы это знание будем использовать в жизни?	Через основную тему нам передаются общие нравственные ценности, стили поведения и взаимодействия с окружающими
Мотивы поступков	Важно понять мотивацию героев сказки	Почему герой совершает тот или иной поступок?	Можно размышлять и проводить обсуждение героя, и его взаимосвязи
Способы преодоления трудностей	Важно «составить список» способов преодоления трудностей	В каких ситуациях жизни эффективен каждый способ решения трудностей героями ?	Важно оценить в каких ситуациях реальной жизни мы можем использовать тот или иной способ решения трудностей

Отношение к окружающему миру и самому себе	Важно понять общую направленность героя	Что приносят поступки героя окружающим?	Важно при обсуждении развивать гибкий подход к созидательным тенденциям
Актуализированные чувства	Важно осознать, какую эмоциональную реакцию вызывает у героя определенная ситуация и почему?	Какие чувства вызывает эта сказка?	Важно сделать акцент на чувства ребенка

Основой для сюжета являются сценарии сказок. Нами было разработано 20 сценариев на основные нравственные чувства. Так, работая над содержанием сказки «Колобок», мы ее несколько скорректировали. В нашей редакции Колобок – это добрый, внимательный, любознательный герой. Он просит разрешение у бабушки и дедушки посмотреть мир, познакомиться с окружающим. После своего путешествия Колобок возвращается домой и рассказывает об увиденном. При подготовке этой игры-драматизации использовались различные виды художественной деятельности: рисование, раскраски, аппликации, лепка, иллюстративный материал: книжные иллюстрации, репродукции картин, образные и дидактические игрушки, фотографии, открытки, произведения декоративно-прикладного искусства. Такая деятельность помогает детям ярче прочувствовать и понять образы героев, события сказки. Важную роль играет музыкальная часть, так как музыка обладает эмоциональным воздействием огромной силы на образное восприятие ребенка.

В результате нашей трехлетней деятельности повысилось общее развитие эмоциональной сферы детей, уровень самооценки, они стали более открытыми. Произошла и коррекция эмоций. На первое место вышли позитивные эмоции – интерес, волнение, удовольствие, радость, удивление.

Исключительно большое воспитательное значение для детей имеет кукольный театр. Куклотерапия – это проведение занятий с куклами по формированию различных эмоционально-волевых качеств у ребёнка, средство познания и вживания в мир добра и красоты. Искусство работы с куклами оказывает лечебное и коррекционное воздействие как на физиологические процессы, происходящие в организме, так и на психоэмоциональное состояние школьников, которое основано на идентификации ребёнка с образом любимого героя. Данная методика используется при различных нарушениях поведения, страхах, трудностях в развитии коммуникативной сферы. Работа с куклами способствует профилактике асоциального поведения и социально-педагогической реабилитации неуспешных детей с различными нарушениями в развитии.

Для организации детей в кукольный театр мы устроили презентацию нашего проекта: сообщили детям, родителям и учителям об его открытии, показали теневой театр. «Медленно погас свет и изумленные ребятишки увидели чудо – на освещенном экране ожили на их глазах куклы». Сказка «Принцесса на горошине» имела огромный успех. Спектакль сопровождался музыкой, которая обогащала его, создавала положительное настроение и эмоции у детей. В репертуаре кукольного театра – сказки, басни, песни, инсценировки небольших рассказов. Любимым персонажем является Петрушка, который обычно ведет представление, разговаривает со зрителями, вместе с ними переживает ход спектакля. Для Петрушки мы готовим текст на темы жизни детей, он может спеть частушки и прочитать стихотворение, рассказать об истории создания театра кукол. Ну, хотя бы про то, что искусство это насчитывает не одну тысячу лет. Родиной его считают Индию и Китай, где в далёкие времена

появились впервые бродячие актёры – кукольники с простыми, незатейливыми куклами, глиняные головы которых были ярко раскрашены. А.М.Горький так писал о Петрушке: «... это непобедимый герой народной кукольной комедии. Он побеждает всех и вся ...». Наш Петрушка, остроумный, весёлый, храбро высмеивающий лень, зло, нарушителей дисциплины и следит за выполнением правил:

1. Будь всегда чистым и опрятным.
2. Во время спектакля не отвлекайся, а слушай внимательно.
3. Не бегай, не суетись, а ходи спокойно.
4. Уважай своих товарищей, помогай им в работе.
5. Бережно относись к куклам, декорациям.
6. Не обижай других, не дерись; громко не кричи.

Есть и исключения из правил:

1. Если очень хочется кричать – кричи, но с закрытым ртом.
2. Если хочется топтать – топай, но на «носочках».
3. Если хочется бегать – бегай, но на цыпочках.

Наш театр «Театр Петрушки», где куклы приводятся в движение при помощи человеческой руки. От руки человека и будущих артистов многое зависит в этом театре. Роли распределяем вместе с ребятами, учитываем индивидуальность каждого. Объясняем, почему та или иная роль хороша для одних и не годится другим (особенности голоса, темперамента, тембр), после чего проводим репетиции за столом. Дети обсуждают, каким голосом должен говорить персонаж (зайчик, медведь, лиса ...), учитывая тембр голоса, выразительность чтения. Объясняем, что мастерство придет не сразу, только в результате упорных, систематических специальных упражнений. Для выработки правильного произношения слов, хорошей дикции проводим минутки по скороговоркам, упражнения над дикцией и звукоподражанием, занятия по эмоциональности речи. Так формируется база для интереса к обучающим заданиям, в процессе которых основной упор делается на игры со словом, с текстом, с разными словесными действиями (упрекать, приказывать, узнавать, удивлять, просить, объяснять, звать). Слово раскрывается как основное средство выполнения сценической задачи, как основной компонент создания характера. Играя в разные сочетания одного действия с текстами, дети учатся слышать психологическую выразительность речи.

Занятия театральным искусством оказывают воздействие на некоторые физические характеристики: преодоление двигательного автоматизма, формирование осанки, постановка голоса и дикции. При изготовлении кукол и декораций развивается мелкая моторика кисти руки, что способствует выработке красивого почерка. С помощью творчества ребёнок приобщается к здоровому образу жизни.

Немаловажную роль в театре играют шумовые эффекты и декорации, которые помогают героям сказки выполнять определённые действия (выход из домика, спрятаться за деревом, оградой). Шумовые эффекты помогают воспроизводить звуки во время показа спектакля (барабан, хлопки в ладоши, шаги, стук в дверь). Этюды с ними следует тщательно прорабатывать. Все это создаёт реальность жизни и оказывает большое впечатление. Ни один спектакль не обходится без музыкального сопровождения. Герои могут петь, танцевать. Реквизитами могут служить магнитофон, грампластинки, а если есть возможность – живая музыка, которую исполняет музыкант. И вот наступает ответственный момент – генеральная репетиция сказки, и – ребёнок раскрывается как творческая личность. Здесь важно научить детей активно и самостоятельно выполнять все действия. А также детей надо учить совместной деятельности. Перед началом такой работы необходимо

разъяснять, как нужно организовывать работу, чтобы она шла дружно, без ссор, как важно помогать друг другу, убедить, что если в группе складываются дружеские взаимоотношения, и работа идёт веселее. Внимание детей привлекается не только к выполняемым действиям, но и к получаемому результату (например, посмотрите, как нам аплодируют, значит вы хорошо постарались). Очень важно, чтобы в театрализованном действии было начало, кульминация (когда герою угрожает что-либо) и развязка (герой побеждает). Конец должен быть всегда позитивным. «Только в процессе активной деятельности, – утверждает В.П.Беспалько, – формируется и развивается личность. Более того, свойства личности зависят от характера той деятельности, в процессе которой она формируется».

Мы убеждены, что художественно-продуктивная деятельность, разыгрывание сюжетных сцен, драматизация реализуют деятельностный принцип психического развития и обеспечивают усвоение духовно-нравственных представлений и норм поведения детей.

Чурилов Н.М., врач-невролог,
ГБУ социального обслуживания населения
Ростовской области «Центр комплексной реабилитации
и абилитации для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Добродея»,
г. Шахты

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД СЕНСОМОТОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Метод транскраниальной и трансвертебральной микрополяризации используется в центре «Добродея» в течение нескольких последних лет. Он основан на поляризации клеток головного мозга слабым постоянным электрическим током, что способствует восстановлению нейрональных связей коры и подкорки головного мозга, разрушенных патологическим процессом или недоразвитых перинатально.

Испробовав несколько методов транскраниальной и трансвертебральной микрополяризации головного и спинного мозга (далее – ТКМП) у пациентов с различными заболеваниями центральной и периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, мы остановились на пациентах с задержкой речевого, психо-речевого развития. Наиболее предпочтительной оказалась методика битемпорального воздействия с лобно-височным расположением электродов (рисунок 1).

Для проведения сеансов ТКМП отбирались воспитанники младшей возрастной группы от 3 до 8 лет, с алалией, тяжелой задержкой речевого развития и фонетико-фонематическим недоразвитием речи, а также пациенты с расстройством аутистического спектра (РАС).

Сила тока от 0,15 до 0,4 мА, длительность процедур от 15 в начале курса до 30 минут со 2-3 процедуры. Курс – от 8 до 10-12 процедур, в зависимости от состояния ребенка, длительности пребывания на реабилитации и его истощаемости в плане внимания и терпеливости. Чаще всего спокойно удается отпустить 10 процедур ТКМП.



Рисунок 1. Комплект оборудования для ТКМП

Первоначально во время процедуры ТКМП, чтобы скоротать время и отвлечь ребенка, предлагалось сопровождающему взрослому показывать ребенку мультфильмы на телефоне или планшете. Затем для этой цели стал использоваться большой монитор моноблока, кабинета БОС. Подобрали несколько самых популярных мультфильмов для детей этого возраста

и уровня интеллектуального развития. Наибольший эффект проводимой нейростимуляции будет создаваться при достаточной активности головного мозга во время курса лечения, если задействовать все ассоциативные зоны и сигнальные системы, прямо или косвенно вовлекаемые в процесс формирования и воспроизведения речи.

По этой причине статическую методику ТКМП пришлось «обогатить» сенсорными реквизитами. Практически не говорящим детям предлагается просмотр одного и того же мультфильма, скажем «Синий трактор» с видео и звуковым рядом, сменяющимися по сюжету мультфильма домашними и дикими животными. Ребенку предлагается узнать и найти по виду и на слух очередной персонаж, а затем имитировать звуки, издаваемые этим животным. Понимая, что речевые зоны головного мозга анатомически и функционально ассоциированы с пальцами рук и тактильным восприятием человека, в комплексную стимуляцию я подключил предметное восприятие игрушек этих же животных. Сценарий сеанса оказался весьма интересным для пациента: «вижу-слышу-ищу-беру, манипулирую и повторяю вербальную заготовку», соответствующую этому персонажу (рисунки 2).



Рисунок 2. Сеанс ТКМП и стимуляции

Большинство пациентов с удовольствием выполняют задание. Смотрят мультфильм, следят за сюжетом, узнают и отыскивают в лотке нужное животное, ставят его в ряд или без порядка. При этом, сначала неуверенно, затем все более внятно имитируют персонаж. Некоторым детям нравится выполнять задание не сидя, а стоя, приплясывая в такт громкой ритмичной мелодии и простой бравурной песенки диктора за кадром. Желание копировать ритм и текст усиливает мотивацию к звукопроизношению. У замкнутых детей более эффективными оказались занятия в группе со сверстником, что способствует формированию соревновательного процесса и вызывает большую заинтересованность в успешном проведении занятий. За стандартные 10 сеансов у большинства детей с алалией или тяжелой ЗРР, с использованием данной методики удалось сформировать лепетную имитацию большинства из ряда предложенных животных.

Оказалось, что не всем малышам интересна тема животных или их имитация, названия они усвоили раньше. В этом случае пришлось в качестве предметного и визуального ряда использовать игрушечные автомобили, объемные буквы или цифры с отработкой лепетной речи по этой теме. Благо, мультяшный сериал «Синий трактор» позволяет использовать многие темы, наиболее подходящие ребенку. Однако, транспорт – слабо дифференцированная в плане богатства фонетики методика; всего несколько слов: «дрррр», «чух-чух» и «би-би». Использование «животного» методического материала наиболее приемлемый подход.

У нескольких пациентов с гипомимией на время проведения курса ТКМП и сенсо-моторной стимуляции мы использовали кинезиотейпирование мышц пероральной области и части лица. При занятиях с логопедом или дефектологом, общении детей с ЗРР с педагогами и сверстниками в группе, тейпирование артикуляционной мускулатуры обладает дополнительным массажным и тренировочным эффектом и способствует стимуляции речевых зон у пациента (рисунок 3).

Рисунок 3. Кинезиотейпирование артикуляционной мускулатуры и ТКМП ГМ



В результате проводимых мероприятий с ТКМП головного мозга и одновременной сенсомоторной стимуляции удалось получить хороший терапевтический эффект. Из 12 пациентов (с диагнозами: алалия – 2 человека; грубая ЗРР – 6; ЗПРР – 2 чел.; аутизм – 2 чел.) по результатам обследования специалистами центра (психолог, логопед, дефектолог, невролог), опроса педагогов в группах и родителей при последующих осмотрах: научились имитировать животных 8 детей, появился интерес к вербализации предметов, действий и потребностей – 2; заговорил 1 ребенок с алалией. Одна пациентка на амбулаторном лечении, не проявлявшая интерес к мероприятиям, не дала никакого результата. В процессе дальнейшего наблюдения и обследования у нее выявилась умеренная степень двусторонней тугоухости.

Выводы:

1. Транскраниальная микрополяризация головного мозга – весьма эффективный метод нейро-сенсорной стимуляции в реабилитации пациентов с нарушением ментальных и речевых функций.

2. Комбинация воздействия с вовлечением максимального количества сигнальных систем в процессе формирования речи значительно повышает производительность коррекционных занятий.

ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТМНР (из опыта работы)

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

Л.С. Выготский

Преобразования, происходящие в нашей стране и во всем мире, не могли не затронуть и специальной педагогики. Предопределены они в первую очередь изменившимся отношением к выделению категорий детей с нарушениями в развитии. В частности, к детям, которых нельзя отнести ни к одной из известных категорий из-за сочетания различных нарушений первичного характера, то есть к тем случаям, когда мы имеем дело со сложными нарушениями в развитии.

Решение поставленных нами задач педагогической помощи обучающимся с ТМНР, проживающим в психоневрологических интернатах, происходит с учётом особенностей развития каждого ребёнка.

Однако, при планировании индивидуальных занятий в 2016 году мы столкнулись с проблемой поэтапного формирования практических действий у ребёнка. Например, два мальчика – первоклассника: Алексей и Александр. У обоих глубокая умственная отсталость, обусловленная неуточнёнными причинами; двойная гемиплегия; сенсомоторная алалия, псевдобульбарный синдром; сходящееся косоглазие. Алёша эмоционально-двигательно реагирует на появление плюшевого мишки, тянется к нему, прослеживает взглядом. А вот Саша не реагирует. И наблюдение за ребёнком показало, что для Александра более привлекательным является резиновый мячик, а не плюшевый мишка.

Следовательно, для повышения эффективности работы, педагоги должны подробно выявлять интересы и склонности каждого ребёнка.

Именно с этой целью в начале учебного года разрабатывается индивидуальный мониторинг с подробными параметрами для конкретного ребёнка, чтобы в ходе проведения занятий учитывать особенности ориентировочной деятельности.

В процессе обучения используется отечественный и зарубежный опыт, в частности:

- метод базальной стимуляции (А. Фрелих);
- методика поддерживающей коммуникации (У. Кристен);
- эмоционально-уровневый подход (О.С. Никольская);
- игрокоррекция (Л.Б. Баряева).

В 2016 году встала острая проблема позиционирования детей, в результате чего обучение большинства проходило в кроватках, что снижало эффективность образовательной деятельности.

Но с переменой взглядов на детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития, ситуация поменялась. Обучающихся с 2017 года стали по возможности высаживать, выкладывая из кровати, для каждого ребёнка

были подобраны наиболее благоприятных позы. Появилась возможность обучения детей с ТМНР за пределами его комнаты и даже психоневрологического интерната, что не только расширило кругозор обучающихся, но и качественно повысилась их социальная адаптация. В этом большую роль играют коллеги из психоневрологических интернатов – реабилитологи, воспитатели, младший обслуживающий персонал, медицинский персонал. И динамика развития в целом по результатам мониторинга стала намного выше.

Обучение детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития строится с учётом специфики образовательных возможностей каждого ребёнка, а также в соответствии с типологическими особенностями детей.

Помимо индивидуального подхода, мы применяем и дифференцированный. Нами условно выявлено несколько групп.

Первая группа детей с глубокой умственной отсталостью и тяжёлыми опорно-двигательными нарушениями неврологического генеза (сложные формы ДЦП, спастический тетрапарез, гиперкинез) и, как следствие, полная или почти полная зависимость от посторонней помощи.

Работа с такими обучающимися происходит путем погружения их в мультисенсорную среду в процессе совместной деятельности с педагогом, используя различные по свойствам и фактуре вещества и материалы, обогащающие их перцептивный опыт.

В ходе совместных действий педагога и ребёнка развивается интерес к различным по свойствам материалам (краски, клейстер, глина, вода, крупа и другие сыпучие материалы).

Дети плещутся с водой, комкают и разрывают газету, разминают глину и пластилин, размазывают краску, клейстер по бумаге.

Педагоги предоставляют детям возможность обогатить свой сенсорный опыт в процессе различных действий с материалом и стремятся вызывать у детей реакции удивления, удовольствия, улыбку.

Такая работа способствует созданию у учащихся положительного эмоционального настроения, развитию интереса к окружающему миру. Например, впервые при знакомстве со снегом, обучающиеся испытывали разные эмоции: одни начинали плакать, убирать руки; другие ребяташки, наоборот, смеялись и тянулись ещё раз потрогать.

На занятиях с детьми используются доступные предметные игры, средства художественного творчества, музыкальные инструменты, а также бытовые предметы.

В частности, формируются действия захвата и удержания в руках предметов. Рисование красками, размазывание клейстера, попытки размять пластичную массу способствуют снижению повышенного тонуса мышц рук, развивают зрительно-двигательную координацию.

В результате формирования зрительно-двигательной координации ребёнок сможет быстрее научиться самостоятельно пользоваться ложкой.

Вторая группа обучающихся с ТМНР имеет явные нарушения эмоционально-волевой сферы (повышенная тревожность, агрессивность, выраженное недоверие к окружающим, чрезмерная импульсивность, избегание близких контактов с окружающими людьми). Особенности работы обусловлены тем, что мотивация их деятельности слабо выражена и не устойчива. Она в большой степени зависит от актуального эмоционального состояния ребёнка.

Вследствие повышенной чувствительности к зрительным, тактильным и звуковым раздражителям у детей появляется состояние дискомфорта

и приводит к отключению ребенка от задания или к деструктивному поведению.

В связи с этим, в качестве необходимой предпосылки формирования у детей интереса к деятельности мы выделяем создание условий, в которых ребенок может получить опыт комфортного общения.

Эти условия включают, во-первых, способ общения педагогов с ребенком (эмпатия к ребенку, реакция на проявление им интереса к чему-либо, отзывчивость к попыткам ребенка вступить в контакт).

Во-вторых, создание среды, в которой отрицательное воздействие внешних раздражителей на эмоциональное состояние ребенка сводится к минимуму (использование отгороженных помещений и открытых дверей, организованное для занятий пространство и материалы).

Первоначально дети не привлекаются к совместным мероприятиям. Однако они присутствуют в помещении, где проводится совместная работа, а в случае проявления заинтересованности с их стороны к деятельности группы и при отсутствии деструктивного поведения их подключают к работе группы.

Первоначальная продолжительность занятий не превышает двух-трех минут, а действие включает две-три операции. Например, чтобы покатать машинку, нужно взять ее с полки, поводить рукой вперед-назад и поставить на место. В процессе занятий дети учатся выполнять простые действия по подражанию: положить предмет на стол, помахать флажком, позвенеть колокольчиком, следовать словесным инструкциям: «смотри на меня», «делай как я». Дети учатся брать, удерживать, передавать предметы. В процессе обучения педагоги формируют представление о структуре действия: начало, выполнение операций и окончание действия.

Постепенно расширяется диапазон доступных для ребенка предметных и двигательных действий, происходит усложнение действий по составу операций: вкладывание предметов один в другой (пластиковые стаканчики), опускание предметов в соответствующие отверстия (по типу почтового ящика), сортировка предметов, игра с игрушками, деятельность с различными материалами (краски, глина, вода, крупа).

Третья группа – обучающиеся с ТМНР, которые передвигаются самостоятельно. Формирование интереса к деятельности детей происходит на индивидуальных занятиях в процессе игровой и учебной деятельности. Дети быстрее осваивают предметно-манипулятивную деятельность, чем их сверстники.

Обучение направлено на формирование у детей произвольных целенаправленных действий с различными предметами и материалами и является основой дальнейшего обучения доступной производительной деятельности.

В ходе обучения предметно-практической деятельности воспитывается интерес к предметной деятельности, происходит развитие представлений об окружающих предметах, развитие мелкой моторики, зрительно-двигательной координации, зрительного и слухового внимания, пространственно-топографических представлений, формируются приёмы элементарной предметной деятельности, которые в дальнейшем могут использоваться на других занятиях.

Таким образом, подходы и методы обучения детей с ТМНР должны подбираться индивидуально к каждому ребёнку, исходить из особенностей развития, возможностей, зоны ближайшего развития. Действие дробить на мельчайшие операции, выстраивать субъективные шаги учащегося по освоению нового действия. В ходе выполнения упражнений для каждого ребёнка должны подбираться доступные средства материализации.

Системный подход в комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Сборник материалов Международной научно-практической конференции

Составители:

Осеева Е.И., проректор по научно-исследовательской работе
Калугина Н.А., профессор кафедры педагогики и психологии, д.п.н.

Ответственный за выпуск:

Дунаева Н.Ю., директор центра редакционно-издательской работы

Компьютерная верстка, дизайн обложки
и послепечатная обработка:

Гафиатулина О.В., технический редактор сектора
оперативной полиграфии

Корректурa:

Тарунина О.С., главный специалист редакционно-издательского отдела

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 22.11.2021

Дата выпуска: 30.11.2021

Формат 210 x 297

Бумага писчая. Гарнитура Futura PT

Тираж 100 экз. Заказ 907

КГАОУ ДПО «Хабаровский краевой институт развития образования»
680011, г. Хабаровск, ул. Советская, 24
тел. (4212) 47-01-16
e-mail: manager@ippk.ru