

Сидоренко О.А., Бутенко В.Н., Попов В.С., Хабарова И.В.

Методическое пособие «Пакеты» специальных образовательных условий для детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Красноярск 2017

ББК 74.3

Рецензенты:

«Пакеты» специальных образовательных условий для детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья: методическое пособие / сост.

О.А.Сидоренко, В.Н.Бутенко, В.С.Попов, И.В.Хабарова – Красноярск, 2017. –

Красноярск, 2017. – ...с.

Развитие системы инклюзивного образования предполагает создание целостной системы специальных образовательных условий: начиная с общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, до специфических, которые позволят каждому ребенку с учетом его возможностей реализовать в полной мере свои образовательные и социальные потребности.

В данном методическом пособии представлены специальные образовательные условия для детей с ОВЗ в дошкольных образовательных организациях.

Пособие адресовано руководителям и специалистам сопровождения дошкольных образовательных организаций, методических центров и управления образования.

Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, 2017

Содержание

Введение

1. Общие организационные условия.

1.1. Создание нормативно правовой базы в ДОО.

1.2. Междисциплинарный подход в работе.

1.3. Вариативные формы в организации процессов обучения и воспитания.

1.4. Условия организации пространства жизнедеятельности детей;

1.5. Сотрудничество с родителями.

2. Специальные образовательные условия обучения детей с различными нарушениями развития.

2.1. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушением слуха.

2.2. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушением зрения.

2.3. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушением опорно двигательного аппарата.

2.4. Специальные образовательные условия обучения детей с расстройством аутистического спектра.

Введение

В соответствии с действующим федеральным «Законом об образовании в РФ», дети с ограниченными возможностями здоровья могут обучаться «как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность» (ст. 79, п.4), для реализации этой возможности для них должны быть созданы специальные образовательные условия.

Законом зафиксирована ответственность федеральных государственных органов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления за реализацию этого права посредством создания «соответствующих

социально-экономических условий для его получения, расширения возможностей удовлетворять потребности человека в получении образования различного уровня и направленности в течение всей жизни» (ст. 5, п. 4), в том числе - посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (ст. 5, п.5). Специальные образовательные условия представлены в российском образовательном законодательстве как право на гарантированный каждому ребенку с проблемным развитием набор условий, «без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья». Законом определены обязанности различных субъектов по реализации этого права:

- государственные органы разного уровня ответственны за создание соответствующих социально-экономических условий для получения качественного образования детьми с ОВЗ;
- психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК) обязаны определять и рекомендовать специальные образовательные условия для детей с ОВЗ;
- образовательные организации обязаны предоставлять всю полноту необходимых ребенку специальных образовательных условий, следуя рекомендациям ПМПК;
- педагогические работники обязаны эти условия соблюдать в своей ежедневной практике работы с детьми (ст. 48).

Внедрение инклюзивного образования, включение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) предполагает внесение значительных изменений в устоявшуюся систему воспитания и образования дошкольников. Важно четко осознавать, что инклюзивное образование – это не только про детей с ОВЗ, должны выиграть все дети посещающие дошкольные образовательные организации. Соответственно, при обсуждении «пакетов» специальных образовательных условий для детей дошкольного возраста с ОВЗ, мы должны удерживать более широкий организационный и социальный контекст, задающий позитивные изменения в системе дошкольного воспитания и образования в целом.

Таким образом, развитие системы инклюзивного образования предполагает создание целостной системы специальных образовательных условий: начиная с общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, до специфических, которые позволят каждому ребенку с учетом его возможностей реализовать в полной мере свои образовательные и социальные потребности.

Система специальных условий включает в себя:

- организационные условия;
- специальные психолого-педагогические технологии;
- материально-техническое обеспечение;
- кадровое и финансовое обеспечение.

В качестве организационных условий можно выделить общие, задающие основания для развития инклюзивной практики работы с детьми в ДОО в целом, так и специфические, ориентированные на детей с определенными видами ограничений здоровья.

1. Общие организационные условия

В качестве общих условий мы выделили:

1. Создание нормативно правовой базы в ДОО;
2. Междисциплинарный подход в работе;
3. Вариативные формы в организации процессов обучения и воспитания;
4. Условия организации пространства жизнедеятельности детей;
5. Сотрудничество с родителями.

1.1 Создание нормативно правовой базы в ДОО.

Специальные условия должны обеспечить реализацию образовательных потребностей не только детей с ОВЗ, а также реализацию прав всех остальных детей, включенных наравне с особым ребенком в инклюзивное пространство. Поэтому помимо нормативной базы, определяющей права ребенка с ОВЗ, необходима разработка соответствующих локальных актов, обеспечивающих комфортное пребывание и эффективное образование и других детей. Наиболее важным локальным нормативным документом следует рассматривать договор с родителями, в котором будут фиксированы как права, так и обязанности всех субъектов инклюзивного пространства, предусмотрены правовые механизмы изменения адаптированной образовательной программы в соответствии с особенностями и возможностями ребенка, в том числе новыми, возникающими в процессе образования.

- Также должна быть организована система взаимодействия и поддержки образовательных организаций со стороны «внешних» социальных партнеров — районной ПМПк, ППМС центра, органов социальной защиты, организаций здравоохранения, общественных организаций.

С этими организациями надо построить отношения на основе договоров. Реализация этого общего условия позволяет обеспечить ребенку с ОВЗ максимально адекватную с учетом его особенностей развития образовательную траекторию. Важным компонентом этого условия является наличие разнообразных организаций образования (включая учреждения дополнительного образования) в шаговой доступности.

- Положение об организации инклюзивной практики (локальный акт к уставу)
- Адаптированная образовательная программа, разработанная для ребенка с ОВЗ;
- Приказ о создании и положение о ПМПк
- Договор с родителями
- Договор между ДОО и ПМПк

1.2 Междисциплинарный подход в работе.

Междисциплинарный подход предполагает привлечение на договорной основе специалистов из других организаций в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Так, например, при сопровождении ребенка с неврологическими нарушениями специалистам ДОО необходимо поддерживать постоянный контакт с лечащим неврологом, динамично реагируя на всевозможные изменения состояния здоровья ребенка.

Внутри ДОО при организации сопровождения детей с ОВЗ разные специалисты объединятся в одну команду сопровождения, образуя постоянно действующий психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) ДОО, родитель является обязательным членом команды сопровождения ребенка и участвует в заседаниях ПМПк ДОО.

Можно выделить два уровня командной работы: формальный и содержательный.

Формальный уровень командного подхода выражается в договоренности специалистов по распределению времени, места работы с ребенком и общей согласованности в понимании основных трудностей его развития. Каждый специалист определяет дефицит развития ребенка в своей предметной области, на основании которого планирует дальнейшую программу коррекционных занятий с ребенком. К сожалению, задачи, которые решают специалисты могут быть мало связанными между собой, иметь локальный характер и не вести к решению задач развития ребенка в целом.

Формальный уровень организации деятельности команды достаточно широко распространен в практике образовательных учреждений. В результате такой работы увеличивается количество занятий и объем общей нагрузки на ребенка, а при разнонаправленности усилий специалистов происходит "растаскивание" и без того ограниченного ресурса здоровья ребенка.

Содержательный уровень организации деятельности команды максимально сфокусирован на потребностях самого ребенка, объединяя и дополняя усилия каждого специалиста. На содержательном уровне организации работы специалисты стремятся в первую очередь выявить те аспекты в развитии ребенка, которые могут внести

наибольший вклад в преодоление трудностей процесса его обучения. Например, если ребенок способен сосредоточить внимание на совсем короткий период времени, и большую часть дня расторможено бегает по группе, то основным ограничивающим фактором его развития будет низкий уровень его саморегуляции. При этом у него может присутствовать ряд других трудностей - в речевой или познавательной сферах. Если после предварительной диагностики, специалисты совместно приходят к заключению, что для более эффективной стратегии работы с ребенком первостепенной задачей является повышение его уровня саморегуляции через увеличение времени удержания им внимания, то тогда, используя разные предметные средства (игру, пение, физические упражнения и т.д.), все специалисты объединятся для решения этой задачи.

Содержательное взаимодействие специалистов сложится лишь в том случае, если они смогут согласовать:

1. Общее видение индивидуальных особенностей развития ребенка: его сильные стороны развития, на которые будет сделан упор в работе; его трудности, с выделением того приоритетного направления работы, которое в данный момент более всего тормозит процесс обучения ребенка;

2. Задачи коррекционной работы, которые будут исходить из согласованного приоритетного направления работы с ребенком;

3. Соответствующие задачам результаты работы, которые будут конкретными, измеряемыми, достигаемыми на определенный период времени;

4. Вклад каждого специалиста в общую стратегию работы (сочетание индивидуальных, фронтальных занятий, занятий в малых группах), набор взаимоусиливающих, взаимодополняющих методов и приемов работы.

5. График работы с ребенком специалистов, с учетом общей стратегии работы.

Следует отметить, что если специалисты сопровождения согласовали между собой все предложенные выше пункты, то согласованные материалы могут быть практически

без особых изменений перенесены в целевой раздел адаптированной образовательной программы (АОП) ребенка с ОВЗ.

1.3 Вариативные формы в организации процессов обучения и воспитания.

Если у ребенка с ОВЗ наблюдается высокая истощаемость, быстрое перевозбуждение, перегрузка сенсорными стимулами, возможность возникновения критического состояния здоровья (приступов, судорог и т.д.) и соответствующие рекомендации прописаны в заключении ПМПК, то ДОО должна предложить ребенку разные форматы включения: индивидуальные формы работы специалистов с ребенком, детско-родительские группы, консультации родителей, группы кратковременного пребывания "Особый ребенок" и другие.

Новые вариативные формы организации обучения и воспитания могут создаваться как на постоянно действующей основе, так и для адаптации и первичной подготовки детей с ОВЗ к дальнейшему посещению инклюзивных групп полного дня. В детском саду могут быть выстроены разные сочетания вариативных форм, позволяющих привлекать в ДОУ специалистов различных профилей и максимально удовлетворять образовательные потребности детей с ОВЗ.

В дошкольной практике наиболее распространены следующие вариативные формы включения детей с ОВЗ: консультативный пункт, лекотека, группа развития "Особый ребенок".

Консультативный пункт

При обнаружении у ребенка трудностей в развитии родители, как правило, оказываются в состоянии растерянности, неуверенности, погружаются в непродуктивные переживания, им становится сложно выполнять родительские функции. Ребенок развивается только в отношениях, и то как о нем заботится близкое окружение является определяющим фактором качества его развития. В практике ранней помощи является общепринятым факт, что помощь отдельно взятому ребенку малоэффективна по сравнению со взаимодействием с семьей в целом.

Повышая уровень родительской компетентности, просвещая родителей, оказывая им психологическую поддержку, специалисты ДОО значительно увеличивают шансы ребенка на успешную адаптацию и социализацию.

Консультативный пункт (КП) создается для родителей (законных представителей) и детей в возрасте от 1 года до 7 лет, не посещающих образовательные организации для решения следующих задач:

- – оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) по различным вопросам воспитания, обучения и развития ребенка дошкольного возраста;
- – проведение комплексной профилактики различных отклонений в физическом, психическом и социальном развитии детей дошкольного возраста, не посещающих образовательные организации;
- – оказание всесторонней помощи родителям (законным представителям) и детям, не посещающим образовательные организации, в обеспечении равных стартовых возможностей при поступлении в школу.

Для оказания эффективной помощи специалистам КП необходимо владеть навыками возрастнo-ориентированного, психологического консультирования, проводить консультации по вопросам детско-родительских отношений, владеть приемами игровой терапии и другими психотерапевтическими подходами работы с детьми раннего и дошкольного возраста и их родителями.

Лекотека

Слово лекотека (произошло от шведского слова leco-игрушка и греческого theke-хранилище) - это служба психологического сопровождения и специальной педагогической помощи родителям, воспитывающим детей с ОВЗ. Деятельность сотрудников Лекотеки связана с использованием вспомогательных средств, обеспечивающих полноценное вовлечение ребенка с особыми нуждами и окружающих

его людей в игровую активность для обучения и развития общения в игре. Эти средства должны покрывать все основные потребности ребенка с ОВЗ, связанные с организацией его игровой деятельности. В Лекотеке проводятся индивидуальные и групповые занятия, направленные на развитие первичных социальных навыков, развитие моторной, эмоционально-волевой, познавательной, речевой сфер.

Группа кратковременного пребывания "Особый ребенок"

Группы кратковременного пребывания "Особый ребенок" создается для детей с ОВЗ в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, которые по состоянию здоровья не готовы к посещению инклюзивных групп полного дня.

Группа создается с целью обеспечения первичной адаптации ребенка в группе сверстников без индивидуального сопровождения взрослого; оказания систематической психолого-медико-педагогической помощи детям с ОВЗ, содействия родителям в организации воспитания и обучения детей, формирования у них предпосылок учебной деятельности.

1.4. Условия организации пространства жизнедеятельности детей

Зонирование группового помещения.

Жизненное пространство в детском саду должно давать возможность детям заниматься одновременно разными видами деятельности, не мешая друг другу. Это требование реализуется через создание специальных зон, которыми могут свободно пользоваться дети. В детском саду должны быть: зоны (центры) для режиссерской и ролевой игры, для продуктивной творческой деятельности, для конструирования. Это позволяет детям в соответствии со своими интересами и желаниями заниматься одновременно разными видами деятельности, не мешая друг другу.

Помимо зонирования важно создать условия, обеспечивающие эмоциональное благополучие детей в группе. чтобы каждый ребенок мог воспринимать группу как свое личное пространство. Для этого важно, чтобы у каждого ребенка было свое личное пространство (кровать со стульчиком и ковриком, шкафчик для хранения личных вещей

и другое), при этом необходимо обозначить его для ребенка с помощью рисунков, фотографий или любыми другими авторскими изображениями ребенка.

Динамичность (гибкость) предметной среды.

Предметная среда должна отвечать двум разнонаправленным требованиям:

- давать ребенку ощущение постоянства и устойчивости;
- давать возможность взрослым и детям гибко видоизменять обстановку в зависимости от меняющихся потребностей.

Важно с учетом текущей диагностики (организованного наблюдения за деятельностью детей) вносить соответствующие изменения. Если ребенок устойчиво отдает предпочтение только одной из зон активности, игнорируя другие, и у него наблюдаются ограниченные, стереотипные интересы, то важно проанализировать - как через реорганизацию пространства (его содержание, доступность) расширить и разнообразить интересы ребенка.

Динамичность среды позволяет оптимально использовать имеющиеся площади, преобразовывать помещение и приучать детей к творческому использованию пространства. Такая возможность обеспечивается наличием специальных предметов, которые могут передвигаться, образуя новые помещения и преобразуя имеющиеся (легкие перегородки, ширмы, геометрические модули, скамейки, большие лоскуты ткани и пр.).

Для многих детей с ОВЗ в силу состояния здоровья в течении дня требуется уединение и достижение состояния расслабления. Для этих целей специально в группе ДОО организуется уголок уединения, со сниженным освещением, минимальным игровым наполнением, мягкими модулями, гамаками и другими приспособлениями для эмоциональной и сенсорной разгрузки.

Учет половых различий и возрастной специфики детей.

Построение среды, в особенности в старших группах ДООУ, должно осуществляться с учетом половых различий и предоставлять возможности как мальчикам, так и девочкам проявлять свои склонности в соответствии с принятыми в обществе эталонами мужественности и женственности. Важно, чтобы были игры и игрушки для девочек и отдельно для мальчиков. В то же время в группе должны быть материалы для игр и занятий, объединяющих детей обоих полов.

Бесспорно, что при построении среды необходимо учитывать возрастные особенности детей. Это выражается как в содержательном характере игрушек и материалов, так и в организации пространства в целом.

Организация общности и совместности детей в группе.

Пребывание ребенка с ОВЗ в группе не гарантирует его включенности в детское сообщество. Физически пребывая в группе, ребенок с ОВЗ может иметь очень ограниченное количество контактов с другими детьми, не быть вовлеченным в групповые игровые взаимодействия.

Недостаток включенности ребенка с ОВЗ может наблюдаться в силу следующих взаимосвязанных причин:

- Индивидуальные особенности ребенка с ОВЗ: низкий уровень саморегуляции эмоционального состояния и поведения, темповые и ритмические особенности реагирования (медлительность, заторможенность), отсутствие речи и недостаток невербальной коммуникации, значительное снижение всех возрастных показателей развития.
- Личное отношение к ребенку с ОВЗ воспитателя, которое он явно или не осознано проявляет. Если у ребенка с ОВЗ присутствуют ярко выраженные нарушения, и он значительно отличается в развитии от своих сверстников, то отношение детей в группе к ребенку будет повторять отношение к нему взрослого. При безразличности, пренебрежении воспитателя к ребенку с ОВЗ мы будем наблюдать схожие интонации в отношениях к нему других детей, соответственно, при жалости и

гиперопеке - у детей будет покровительственное, жалеющее отношение: "он же сам не может - ему нужно помогать".

- Отсутствие педагогических стратегий построения общности и совместности у всех детей в группе. С учетом индивидуальных особенностей конкретных детей с ОВЗ воспитатель может специально организовывать такие формы совместности, в которых происходит объединение ритмического совместного движения, эмоционального созвучия и общего образного переживания, вовлеченности всех в общее действие, например, хороводы, игры в кругу, совместное пение и другое.

Получив такой опыт совместности в организованных взрослым формах дети легче переносят его в спонтанные свободные формы повседневного общения и игры, с большей готовностью вовлекая во взаимодействие детей с ОВЗ.

1.5 Принцип партнерского взаимодействия с семьей.

Усилия педагогов будут эффективными, только если они поддержаны родителями, понятны им и соответствуют потребностям семьи. Задача специалиста – установить доверительные партнерские отношения с родителями или близкими ребенка, внимательно относиться к запросу родителей, к тому, что, на их взгляд, важно и нужно в данный момент для их ребенка, договориться о совместных действиях, направленных на поддержку ребенка.

2. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушениями видами нарушений.

2.1. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушением слуха.

2.1.1. Особенности развития детей с нарушением слуха

Дошкольники с нарушением слуха представляют собой сложную разнородную группу, различающуюся по состоянию слуха и речи, наличию или отсутствию дополнительных отклонений в развитии.

1. В зависимости от интенсивности и частотности, нарушения слуха различают:

- Глухие – дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладеть ею. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены дети без речи – ранооглохшие, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития. И позднооглохшие, потерявшие слух в период, когда их речь была сформирована.
- Слабослышащие – дети с частичным нарушением слуха, при котором возможно самостоятельное речевое развитие, хотя бы в минимальной степени. Состояние слуха слабослышащих детей достаточно разнообразно: от небольшого нарушения восприятия и понимания шепотной речи до резкого ограничения восприятия и понимания речи разговорной громкости.

К традиционной классификации типов детей с нарушением слуха в последние десятилетия добавляется группа детей, перенесших операцию кохлеарной имплантации.

В своем развитии дети, перенесших операцию кохлеарной имплантации проходит последовательно три стадии.

На первой, до момента подключения речевого процессора ребенок может характеризоваться в соответствии с устоявшимися классификациями как глухой,

слабослышащий с тяжелой тугоухостью, оглохший (сохранивший речь или теряющий ее).

После подключения процессора состояние слуха детей уравнивается – все благополучно прооперированные становятся детьми, которые могут ощущать звуки интенсивностью 30-40 дБ, что соответствует легкой. Дети начинают воспринимать неречевые звучания и становятся способными воспринимать звуковые сигналы, однако новые способности ребенок не переносит в свою повседневную жизнь, а продолжает опираться на привычные умения и навыки. Первоначальный этап реабилитации ребенка заключается в перестройке коммуникации и взаимодействия с близким окружением.

Третья стадия наступает, когда у ребенка с кохлеарными имплантами начинает вести себя и взаимодействовать с окружающими как слышащий, демонстрирует естественное («слуховое») поведение в повседневной домашней жизни.

Клинико-психолого-педагогические обследования дошкольников со слуховой недостаточностью свидетельствуют о том, что у 25–30% из них выявляются сочетания нарушения слуха (первичного дефекта) с другими первичными нарушениями развития. Наиболее часто встречаются сочетания снижения слуха с первичной задержкой психического развития (ЗПР), нарушениями эмоционально-волевой сферы, нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, с умственной отсталостью, локальными речевыми дефектами.

Психическое развитие дошкольников с сочетанными (комплексными) нарушениями происходит замедленно; при этом наблюдается значительное отставание познавательных процессов, детских видов деятельности, речи. Наиболее очевидно проявляется задержка в формировании наглядно-образного мышления. В психическом развитии таких дошкольников наблюдаются индивидуальные различия, обусловленные выраженностью интеллектуальных, эмоциональных, слуховых и речевых отклонений. Для многих из них характерны нарушения поведения; у других отмечается отставание в становлении различных видов детской деятельности.

2.1.2. Общие рекомендации психолого-педагогического сопровождения детей с нарушением слуха

В первую очередь нарушение деятельности слухового анализатора негативно отражается, прежде всего, на развитие речи. У ребенка с врожденной или рано приобретенной глухотой речь не развивается, создавая серьезные препятствия для общения с окружающими, оказывая влияние на все психические процессы, у детей позднооглохших важно сохраняя остаточные явления речи, продолжать активно развивать.

Выделяют два основных взаимосвязанных процесса: восприятие и воспроизведение (произношение) речи.

1. При развитии *восприятия* выделяют устную речь и неречевое звучание. Соответственно, задача заключается в расширении словарного запаса, освоение новых слов, фраз, а также обогащении представлений об мире неречевых звуков.

Кроме того слух является элементом полисенсорного развития, которое организует его пространственную и временную ориентацию, формирует концептуальные и соматосенсорные схемы, а также обеспечивает процесс удержания, переработки информации и запоминание ее с опорой на другие анализаторы: зрительные, тактильные, проприоцептивные и т.д. Поэтому ребенка необходимо активно включать в полисенсорную деятельность.

2. При *воспроизведении*, обучении произношению, основная задача заключается в формировании у детей внятной, членораздельной, естественной речи.

Формируя речь на занятиях, важно активно мотивировать ребенка к общению в повседневной жизни, во взаимодействии со сверстниками и взрослыми, формируя ее коммуникативный компонент.

Работа по развитию речи происходит на фронтальных и индивидуальных занятиях. На занятиях проводится работа по восприятию на слух и воспроизведению темпо-ритмической стороны речи: различение громкости, высоты, продолжительности,

прерывистости, направления неречевых и речевых звучаний, их количества; расширение представлений о звуках окружающего мира. На них детям предлагают различать и опознавать, речевые единицы (слова, словосочетания, фразы, тексты, стихи) при условии, что восприятие данного речевого материала доступно всем детям.

Работа на индивидуальных занятиях проводится как с использованием стационарной звукоусиливающей аппаратуры и индивидуальных аппаратов так и без них.

Использование разных видов звукоусиливающей аппаратуры зависит от состояния слуха ребенка. Для слабослышащих детей с легкой и средней тугоухостью возможна работа только с индивидуальными аппаратами.

В процессе слуховых тренировок стоит задача постепенного увеличения расстояния, на котором ребенок воспринимает на слух как знакомый, так и малознакомый и незнакомый речевой материал с аппаратом и без него.

На индивидуальных занятиях наиболее полно реализуются слуховые возможности каждого ребенка, что отражается в объеме и сложности предлагаемого на слух материала, усложнении способа его восприятия (различение, опознавание, распознавание), изменении силы голоса (голос нормальной громкости и шепот), увеличении расстояния, с которого ребенок воспринимает речевой материал.

3. При планировании работы с детьми с нарушением слуха важно использовать наиболее доступные методы: наглядные, практические, словесные. Для лучшего усвоения нового материала необходимо задействовать как можно большее количество анализаторов. Обучение строить в максимально интегративной деятельности с опорой на слух, зрение, обоняние, тактильное и проприоцептивное восприятие и т.д.

Вопрос о выборе методов и отдельных методических приемов решается педагогом в каждом конкретном случае, с учетом индивидуальных особенностей детей, их скорости освоения, удержания и переключения внимания, насыщения сенсорными стимулами. Так, например, для усиления сенсорной основы обобщения важно осуществлять за счет

демонстрации различных наглядных средств, способствующих раскрытию сущности понятий. Для более глубокого понимания значения действий, явлений используются наглядно - практические методы.

В тех случаях, когда программа не может быть освоена из-за тяжести физических, психических нарушений, проектируются индивидуальные коррекционные программы, направленные на социализацию воспитанников и способствующие нормализации эмоционального поведения, формированию навыков самообслуживания, игровых действий, предметной деятельности, социально-бытовой ориентации. Для отдельных категорий слабослышащих детей, обладающих особой спецификой развития, предусматривается включение инновационных технологий, оригинальных методик и предметов. Одним из важных условий организации процесса коррекции слабослышащих детей является оснащение его специальным оборудованием.

2.1.3. Специальные эффективные методики и технологии коррекционной работы.

1. Верботональный метод

В последние десятилетия многие сурдопедагоги с большим успехом используют в работе со слабослышащими детьми фонетическую ритмику, разработанную хорватскими специалистами под руководством академика Петера Губерины. Верботональный метод обучения является эффективным для развития слухового восприятия и формирования устной речи, развития познавательной сферы; способствует формированию мотивации к речевой коммуникации, учению и в результате - формированию коммуникативной функции речи. Использование специальной аппаратуры позволяет максимально расширить слуховое поле, развить остаточный слух, приблизить речь к норме. Дети получают возможность более точно и в большем объеме воспринимать на слух речевой материал и воспроизводить его правильно с соблюдением интонации.

Сущность верботонального метода состоит в развитии восприятия звука мозгом при участии сохранившихся органов чувств. Формируется слуховой образ, который ассоциируется в корковом центре слуха, и, как ответная реакция на воспринимаемый

звук, следует речевая экспрессия. Верботональный метод предполагает комплексную работу: использование верботонального оборудования, ведение аудиовизуального курса (АВК), фонетической ритмики, работу по развитию вестибулярного аппарата.

Процесс реабилитации глухих и слабослышащих детей со значительной потерей слуха проходит гораздо быстрее, к тому же благодаря современной и качественной аппаратуре дети учатся слушать и говорить в очень комфортных условиях. - Достигнутые результаты хорошо закрепляются, поскольку «формируется слуховая картинка в коре головного мозга».

Верботональный метод позволяет форсировать у глухих детей модулированную, звучную, естественную речь – надежное средство общения со слышащими людьми. Глухой ребенок в своём речевом развитии проходит все ступени речевого развития нормального слышащего ребенка: реакция на звук, игра голосом, гуление, лепет, первые слова, фразы. Формирование речи идет через создание и развитие слуховой картинка в коре головного мозга. Используемая в этом методе специальная аппаратура дает возможность кодировать и трансформировать речевые сигналы в неречевую зону слухового анализатора, тем самым обеспечивает контакт глухого со слышащими (приборы типа «Верботон Г-10, Г-20, Г-30»). Основным принципом верботонального метода заключается в том, чтобы ребёнок с нарушенным слухом прошёл те же стадии формирования речи, что и слышащий. Ребёнок учится слушать всем телом (для этого используется «вибротактильная доска», сидя на которой можно воспринимать звуки всем телом), через все органы чувств, через вестибулярный аппарат и др. особое внимание уделяется развитию моторики тела – фонетической ритмике, музыкальным и другим занятиям.

Таким образом, разработаны следующие технологии для достижения поставленной цели:

- вибротактильная фаза.
- фонетическая ритмика.
- музыкальная стимуляция.

- пиктографическая ритмика.
- аудиовизуальный курс.

2. Аудиовизуальный курс

Огромной помощью в развитии диалогической речи глухих детей стало использование аудиовизуального курса, разработанного П. Губерина и профессором П. Гивенк (Париж). Использование АВК начинается с раннего возраста. Имея в активе всего несколько звуков, ребенок может рассказывать серию картинок (от 3 до 6) передавая голосом радость, удивление испуг и т.д. Постепенно речь ребенка развивается и обогащается.

Речевая ситуация является основной формой, через которую передается язык. Речевая ситуация дает возможность обучаться языку непосредственно, без изучения грамматических правил. Ребенок сначала воспринимает готовые языковые структуры, которые усваиваются глобально, а затем анализируются. Это естественный путь изучения языка. Роль речевой ситуации особо важна на начальных этапах обучения, когда вербальные возможности детей с недостатками слуха небольшие. Все речевые ситуации, используемые АВК должны быть жизненными, такими, с какими дети сталкиваются в жизни. Диалогическая форма речи – ежедневная форма коммуникации, поэтому весь курс АВК построен в форме диалога. Аудиовизуально – с помощью звука и картинки. Язык и речь воспринимаются с помощью слуха, зрения, движения. Роль картинки постепенно меняется. Вначале она необходима, а в конце изучения курса убирается, когда языковое выражение становится достаточным и полным выражением действительности. Значение картинки: связывает выражение с реальной ситуацией, помогает звуковому запоминанию, дает возможность понимания обыкновенных символов в языке.

Уже в самом начале работы с ребёнком, имеющим нарушение слуха, вводятся первые аудиовизуальные курсы. Даже дети, имеющие ограниченный словарь, уже могут оречевлять определённые речевые ситуации. Затем с детьми проводится игра с использованием данной ситуации. Постепенно появляются первые предложения. Увеличивается количество картинок в аудиовизуальном курсе. Всего АВК состоит из 25

картинок и более. Дети свободно запоминают их. Это развивает зрительную, речевую и слуховую память, мышление. Произношение усваивается в целом через свои основные элементы – интонацию и ритм. Конечной целью АВК является перенос речевого материала в самостоятельную речь, расширение и обогащение речевой практики неслышащих дошкольников.

2.1.4. Материально-техническое обеспечение

Организация развивающей предметно-пространственной среды для детей с нарушением слуха

В соответствии с требованиями ФГОС ДО конкретное содержание образовательных областей может реализовываться в различных видах деятельности: игровой, коммуникативной, познавательно- исследовательской, восприятию художественной литературы и фольклора, самообслуживании и элементарном бытовом труде, конструировании из различного материала, включая конструкторы, модули, бумагу, природный и иной материал, изобразительной, музыкальной, двигательной.

Для детей с нарушением слуха подбор игрушек и оборудования должен быть представлен перечнями, в соответствии возрастным группам, особое внимание следует обратить на следующие направления развития:

- Психомоторное развитие: (упражнения для развития мелкой моторики; гимнастика для глаз; игры на снятие мышечного напряжения; комплексы массажа и самомассажа; дыхательные упражнения; игры на развитие вестибулярно-моторной активности).
- Развитие познавательной активности (игры на развитие концентрации и распределение внимания; игр на развитие памяти; упражнения для развития мышления; развития исследовательских способностей и активизации познавательных процессов).
- Развитие высших психических функций (игры и упражнения для речевого развития и саморегуляции; для формирования межполушарного

взаимодействия и зрительно-пространственной координации; упражнения на развитие концентрации внимания, двигательного контроля и элиминацию импульсивности и агрессивности, повышение уровня работоспособности нервной системы

- Игры на общение и взаимодействия (для сюжетно-ролевых набор, игр по правилам, наборы для театрализованной деятельности).

Для реализации программы занятий с детьми с нарушением слуха необходимо обеспечить соблюдение следующих специальных условий:

потребностей ребенка с нарушениями слуха, в данной организации (наличие адекватно оборудованного пространства организации, рабочего места ребенка и т.д.);

Место для игры и занятий должно обеспечивать комфортное и удобное положение ребенка в пространстве, создавать условие для полноценного восприятия и организации его активных действий. Это и комфортное освещение, и минимальное количество предметов в поле зрения, и специальные приспособления для закрепления предметов на поверхности стола.

Специальные средства и оборудование

Для осуществления психолого-педагогической работы по коррекции и реабилитации слабослышащих и позднооглохших детей рабочее (учебное) место должно быть оснащено следующими специальными средствами и оборудованием:

1. Электроакустическая аппаратура. С точки зрения медико-педагогической реабилитации слуха существуют два аспекта:

- усиление звука для компенсации потери чувствительности, эквивалентное сокращению расстояния от его источника;
- развитие чувствительности путем регулярных систематических занятий с целью повышения функциональной активности остатков слуха.

Акустическая часть системы. Что касается точности измерений и выбора оптимальных частотных характеристик, то существует реальная проблема регулировки акустической части системы, в частности, вибратора. Данное обстоятельство отнюдь не уменьшает значение этого устройства для реабилитации: практика подтверждает, что во многих случаях использование только одного вибратора может дать весьма значительные результаты в работе над повышением качества голоса и развитием слухового восприятия.

2. Сурдотехнические средства обучения и реабилитации, например, специальная аппаратура для практической работы, предназначенная для специалистов по реабилитации: преподавателей, а также родителей (в случае участия последних), представленная обычно в виде настольных аппаратов.

3. Электроакустические комплексы (для индивидуальной и групповой работы, слухоречевой реабилитации, индивидуальной и групповой работы детей с кохлеарными имплантами, определения оптимального слухового поля).

4. Средства наглядности (предметно-образные и динамические).

2.2. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушением зрения.

2.2.1. Особенности развития детей с нарушениями зрения

Категория детей с нарушением зрения весьма разнообразна и неоднородна. По степени нарушения зрения и зрительным возможностям она включает следующие подкатегории:

I. Слепые дети

По остроте зрения это дети с остротой зрения от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.

В подкатегию «Слепые или незрячие» входят также дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т. е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10–15 градусов или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две группы детей:

- слепорожденные — это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы;
- ослепшие — дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

II. Слабовидящие дети. К этой подкатегории относятся дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.

III. Дети с пониженным зрением или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, то есть дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Причинами нарушения зрения могут быть органические и/или функциональные поражения зрительного анализатора. У детей слепых и слабовидящих всегда есть органические нарушения, и иногда к ним добавляются функциональные. Их зрение, как правило, можно улучшить незначительно либо вовсе невозможно. Если у ребенка имеются только функциональные нарушения зрения, то чаще всего зрительные функции его глаз (прежде всего остроту зрения) можно восстановить путем лечения. По остроте зрения (особенно в период лечения) эти дети оказываются чаще всего в подкатегории «Дети с пониженным зрением», то есть с пограничным зрением между слабовидением и нормой. Большую часть детей с функциональными нарушениями составляют дети с амблиопией и косоглазием.

Причем дети с пониженным зрением до распространения практики инклюзивного образования посещали образовательные учреждения на общих основаниях, а учет их индивидуальных особенностей обучения происходил исключительно благодаря доброй воле педагога.

В настоящее время дети с пониженным зрением получают статус детей с ОВЗ, им необходимо создавать специальные здоровьесберегающие условия обучения, при этом они, как правило, справляются с общей возрастноразвивающей программой.

2.2.2. Общие рекомендации психолого-педагогического сопровождения детей с нарушением зрения

Даже в случае сниженной остроты зрения дети в своем развитии будут опираться на ее остаточные функции, поэтому работа со слепыми и слабовидящими детьми будет иметь разный вектор направленности:

- для слабовидящих детей необходима комплексная, системная работа команды специалистов (офтальмолог, медсестрой-ортоптистка, воспитатель, психолог), ориентированная на развитие сохранных зрительных функций у слабовидящих детей, восстановление их до нормы у детей с амблиопией и косоглазием.

- коррекционной работы со слепыми детьми дошкольного возраста включает в себя разделы: ориентировка в пространстве; развитие полисенсорного восприятия; социальная адаптация; тифлопсихологическое, психологическое, логопедическое сопровождение, специальные методики (тифлографика и др;)

Коррекционно - развивающая работа со слабовидящими детьми.

При реализации любых психолого-педагогических программ специалисты должны учитывать рекомендации врача-офтальмолога, задача которого состоит в развитии сохранных зрительных функций у слабовидящих детей, восстановление их до нормы у детей с амблиопией и косоглазием (медицинскими и педагогическими средствами). Методы аппаратного лечения позволяют влиять на развитие таких важных зрительных функций как острота зрения, глазодвигательные функции, бинокулярное зрение и др. Все специалисты должны выполнять назначения врача, связанные с ношением очков, режимом окклюзии, требованиями зрительной гигиены.

Психолого-педагогическая работа направлена на развитие способности перерабатывать зрительное восприятие: анализировать, дифференцировать, осмыслять. Для ее реализации целесообразно создать картотеку игр «Развиваем зрительные функции, играя», которая поможет воспитателям разнообразить работу.

Примерные разделы коррекционных игр:

- тренировка центрального зрения;
- тренировка глазодвигательного аппарата;
- подготовка к ортоптическому лечению;
- укрепление бинокулярного зрения;
- развитие восприятие пространства, формирование пространственных представлений;
- развитие зрительного внимания и памяти;

- развитие зрительно-моторной координации, функции прослеживания.

Обязательным в детском саду для детей с нарушением зрения является проведение физкультурных пауз, сочетающихся со зрительной гимнастикой. Должно практиковаться использование комплексов упражнений, воздействующих на питание глаза путем улучшения общего кровотока и движения крови непосредственно в сосудах глаза (методики Э. С. Аветисова, У. Бейтса, В. А. Ковалева). Система лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической работы разными специалистами детского сада обеспечивает наиболее полное развитие зрительных функций и их стойкость.

Коррекционно - развивающая работа со слепыми детьми

Коррекционно развивающая работа со слепыми детьми обязательно должна включать в себя следующие разделы: ориентировка в пространстве; развитие полисенсорного восприятия; социальная адаптация; тифлопсихологическое, психологическое, логопедическое сопровождение

1. Ориентировка в пространстве.

Обучение ориентировке в пространстве детей с нарушением зрения важна для их социально-бытовой самостоятельности, личной уверенности, чувства самодостаточности. Для незрячего ребёнка, а также для незрячего ребёнка с остаточным зрением важнейшее условие успешности овладения ориентировкой – умение использовать информацию об окружающем пространстве, полученную с помощью всей сенсорной сферы (слуха, осязания, обоняния, двигательной чувствительности).

При освоении пространства у слепого ребенка последовательно развивают потребность в самостоятельной ориентировке через преодоление страха пространства и неуверенности, за счет расширения познавательного интереса; от ориентации в собственном теле переходят к ориентации в микропространстве (за столом, на листе бумаги, в книге и т.п.); и в замкнутом и свободном пространстве.

Сначала обучение ориентировке строится в специально организованном взаимодействии, а затем во все более свободном, но уже совместно со зрячими сверстниками и взрослыми; используя разные вспомогательные средства (трость, звуковые сигналы и т.п.).

Одним из вспомогательных средств, необходимых для успешного освоения незрячим человеком окружающего пространства и перемещения в нём, является ориентировочная трость. Для использования ориентировочной трости ребенок должен уметь: самостоятельно передвигаться; захватывать и удерживать различные предметы в руках некоторое время; выполняет целенаправленные движения руками и ногами; оценивать поступающие извне сенсорные сигналы.

2. Полисенсорное восприятие

Для компенсации зрительной депривации большое значение имеет взаимодействие ощущений. В результате под влиянием одной анализаторной системы повышается чувствительность другой. У слепого ребенка утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов.

Кроме того, слепые дети способны развивать вибрационную чувствительность, которая позволяет им на расстоянии ощущать наличие неподвижного, не издающего звуков и других сигналов предмета, повышенную способность дифференцировать термальные и болевые раздражители.

Возрастает роль вестибулярного аппарата для сохранения равновесия и пространственной ориентировки в связи с выключением зрительного контроля над положением тела в пространстве.

Осязание даёт слепому ребенку необходимые знания об окружающем мире и достаточно точно регулирует его взаимодействие с окружающей, компенсирует познавательные и контролирующие функции деятельности. Основным недостатком осязания, не позволяющим компенсировать зрение - это скорость протекания и ограниченностью действия - длиной рук ребенка.

Выпадение большого числа значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия препятствуют образованию общих представлений, в которых отражаются наиболее существенные свойства и признаки предметов и явлений.

3. Социальная адаптация и психологическое сопровождение

Незрячие дети лишены возможности овладевать неречевыми средствами коммуникации по зрительному подражанию, а овладение речевыми средствами происходит со значительным отставанием от нормы. Дети с тяжёлыми нарушениями зрения отличаются почти полным отсутствием жестикуляции и маскообразным лицом. Ребёнку трудно поднять брови, сморщить нос. Такие дети не могут правильно воспринимать позы и тем более воспроизводить их. Речь слепого ребёнка отличается невыразительностью. Не считывая невербальные знаки при общении, слепой ребенок испытывает трудности восприятия более широких контекстов социального взаимодействия, понимая все упрощенно и буквально, часто избегая трудных для него ситуаций социальных коммуникаций. .

Если деятельность ребенка нормально видящего опирается на подражание действиям окружающих, в свою очередь, слепой ребенок, без специально организованного обучения не способен овладеть самостоятельно направленной деятельностью, ввиду отсутствия или искаженного представления о предметах окружающей действительности и возможных манипуляциях с ними.

Компенсация и коррекция в ходе игровой, познавательной и других видов деятельности слепых детей должна осуществляться посредством целой системы методов психолого-педагогического воздействия, которыми необходимо владеть не только профильным специалистам, но и всем взрослым участвующим в воспитании и развитии слепого ребенка.

Сокращение количества внешних воздействий, обусловленное зрительных ощущений и восприятия, препятствует развитию внимания, сокращая круг объектов, которые при восприятии вызывают непосредственный интерес. Это отрицательно сказывается на объёме, устойчивости, концентрации и других свойствах внимания слепого ребенка.

Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к распаду.

Мыслительная деятельность слепых подчиняется в своём развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определённую специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности.

Мышление слепых детей замедлено и ограничено уровнем развития его чувственного опыта. Один из эффективных приемов развития наглядно образного мышления является метод «воссоздающее воображение». При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения.

Негативный опыт и ограниченность социальных контактов легко приводит к отклонениям в формировании личности слепого ребенка:

- снижение потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения;
- сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения;
- редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля;
- отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Таким образом, на формирование основных свойств личности нарушения зрения влияют лишь косвенно, ведущая роль принадлежит социальным факторам.

2.2.4. Материально-техническое обеспечение

Организация развивающей предметно-пространственной среды для детей с нарушением зрения

Рабочее место должно обеспечивать комфортное и удобное положение ребенка в пространстве, создавать условие для полноценного восприятия и организации его активных действий.

Это и комфортное освещение, и минимальное количество предметов в поле зрения, и специальные приспособления для закрепления предметов на поверхности стола и др..

Предпочтительным является зонирование пространства групповой комнаты на зоны для отдыха, занятий и прочего с закреплением местоположения в каждой зоне определенных объектов и предметов.

Прием зонирования делает пространство групповой комнаты узнаваемым, а значит - безопасным и комфортным для ребенка с нарушением зрения, обеспечивает успешность его пространственного ориентирования, настраивает на предлагаемые формы взаимодействия, способствует повышению уровня собственной активности.

Учитывая психофизические особенности слепых детей дошкольного возраста, образовательное пространство должно быть дополнительно к основному оснащено средствами обучения и воспитания, способствующими развитию у детей сенсорно-перцептивной сферы, ориентировки в пространстве, двигательной и иной активности.

Особые требования предъявляются к оформлению пространственной среды, освещению.

Стены должны быть окрашены пастельными тонами. Для устранения слепящего действия прямых солнечных лучей используют шторы светлых тонов или жалюзи. Окраска в белый цвет переплетов и откосов окон и подоконников может увеличить освещенность на 5-10%, потолка и верхней части стен, панелей в светлый тон - на 20-40%.

На подоконниках запрещено размещать комнатные растения или декоративные предметы. Не рекомендуется приклеивать на стекла декоративные украшения.

Предметы, которые часто используются детьми, располагаются на уровне глаз ребенка.

Гигиенические требования к освещению:

- достаточный уровень освещенности;
- равномерное распределение яркости в поле зрения;
- отсутствие слепящего действия от источника света;
- отсутствие резких теней в поле зрения;
- освещенность поверхности стола должна быть не ниже 300 люкс;
- использование люминесцентных ламп, т.к. они имеют ряд преимуществ: малая яркость, мягкий ровный свет, спектр, близкий в видимой его части к дневному. Люминесцентные лампы не только создают хорошее освещение, но и позволяют обогатить световой поток биологически активным ультрафиолетовым излучением;
- очень важна степень равномерности освещения (отношение наименьшей освещенности наибольшей в пределах рабочей поверхности). Большая разница в яркости на рабочей поверхности, а также различия в яркости рабочей поверхности и окружающего поля приводит к снижению зрительной работоспособности;
- для правильной организации рабочего места дошкольника необходимо, чтобы свет падал сверху и слева - тень от правой руки не должна попадать на текст;
- местное освещение обеспечивается настольной лампой не менее 60 ватт с непрозрачным абажуром. Если рисование или рассматривание происходит днем при естественном освещении, стол должен стоять у окна, чтобы свет падал слева.

Для слепого ребенка должны быть подготовлены специальные пособия и тифлоприборы:

- фланелеграф для фронтальной работы и индивидуальные фланелеграфы на подгруппу детей (2-х цветные);
- фоны;
- подставки;

- указки;
- специальные тифлологические приборы для развития компенсаторных способов познания мира и развития сохранных функций;
- приборы по тифлографике;
- алгоритмы-иллюстрации по предметному восприятию и алгоритмы развития последовательности действий слепым ребенком при обследовании предметов;
- перечень способов определения свойств и признаков предметов слепым ребенком;
- пособия по развитию кистей рук и пальцев.

Для слепых детей должны быть пособия для коррекции и развития познавательной деятельности: – по развитию зрительного восприятия и зрительной памяти у детей с остаточным зрением (цветные эталоны предметов и их изображение, эталоны формы, величины);

- по развитию осязательно-двигательного восприятия (различные виды поверхностей, тканей, материал на узнавание свойств и признаков предметов окружающего мира, природный материал);
- по развитию слухового восприятия и представления (звуковые игрушки, сигналы, наборы пластинок с шумами);
- по развитию обоняния (бытовые запахи, запахи улицы и др.).

Пособия по формированию представлений об окружающем мире в соответствии с возрастом и программными требованиями (натуральные предметы, игрушки-модели, барельефы, аппликации, рельефное изображение, выполненное разными способами).

- В предметно-пространственной развивающей образовательной среде для слепых детей должны также быть пособия по развитию неречевых и речевых средств общения:

- модели лица (мимика - объем, барельеф, контур и графическое их изображение);
- модели позы (объем, рельеф, контур и рельефное их изображение).

Пособия по обучению слепых пространственной ориентировке, включающие:

- модели игровых комнат (спальня, кухня, группа), планы этих помещений; планы окружающей местности;
- тифлотехнические специальные приборы для ориентировки (сигналы, ориентиры, адаптивные дорожки, следы, рельефное изображение помещений, знаковая наглядность у входа в помещение);
- пособия, формирующие представления об объектах, встречающихся ребенку за пределами детского сада (модели транспорта, включая метро, модели общественных мест - ателье, почта, аптека);
- модели основных типовых зданий, решеток и других объектов, встречающихся на улице.

Пособия по социально-бытовой ориентировке: предметы домашнего обихода натуральные и их модели-игрушки, плоскостное и контурное изображение; тифлотехнические приборы для быта слепого (дозаторы).

Пособия для подготовки ребенка к чтению и письму по Брайлю (прибор «Школьник», подкладка от прибора Синявского, однострочные и многострочные брайлевские приборы, грифель для письма, колодки шеститочия, брайлевская азбука, букварь и пособия, готовящие руку ребенка для чтения и восприятия, воспроизведения точечного шрифта, карточки с точечным изображением, образцы рельефных орнаментов, различные рельефные изображения, выполненные разным способом (выкалывания, наклеивания, выдавливания).

2.3. Специальные образовательные условия обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

2.3.1. Особенности развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Согласно классификации Левченко И.Ю., Приходько О. Г. (Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001) нарушения функций опорно-двигательного аппарата (НОДА) могут носить как врожденный, так и приобретенный характер.

В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

I. Заболевания нервной системы (детский церебральный паралич, полиомиелит);

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата (врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей и другие);

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата (травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета и другие).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим признаком является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Из всех видов нарушений опорно-двигательного аппарата 89% составляет детский церебральный паралич (ДЦП).

Формы церебрального паралича зависят от следующих факторов:

1. Наличие параличей и парезов;
2. Локализация нарушения (тетраплегия — общее поражение всех четырех конечностей; диплегия — поражение либо верхних, либо нижних конечностей; гемиплегия — поражение либо правой, либо левой половины тела);
3. Нарушение мышечного тонуса (гипертония; гипотония; изменчивым мышечный тонус - гиперкинетическая форма);

4. Наличие синкинезий (содружественные движения);
5. Нарушение ощущения движений (кинестезии) и другие.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков выделяют три группы детей:

- **дети с тяжелыми нарушениями:** у некоторых из них не сформировано прямохождение и ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; кто-то с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений и навыками самообслуживания владеют частично;
- **дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений (наиболее многочисленная группа):** большая часть детей может самостоятельно передвигаться на ограниченное расстояние, они владеют навыками самообслуживания, которые, однако, недостаточно автоматизированы;
- **дети с легкими двигательными нарушениями:** они ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, но вместе с тем у них могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

Следует подчеркнуть, что не существует соответствия между выраженностью двигательных нарушений и степенью недостаточности других функций. Например, тяжелые двигательные нарушения могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций.

При обучении детей с НОДА, как правило, двигательные расстройства сочетаются с другими трудностями, среди которых чаще всего встречаются:

- недостаточность кинетического, кинестетического и вестибулярного анализаторов (нарушение ощущения движения, равновесия и координации движения и др.);
- низкий уровень зрительного и слухового восприятия;
- несформированность зрительно-моторной координации;

- снижение интеллектуального развития;
- нарушение пространственного восприятия;
- снижение уровня произвольного внимания и памяти;
- повышенная истощаемость;
- речевые нарушения;
- неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем.

2.3.2. Общие рекомендации психолого-педагогического сопровождения детей с НОДА.

При взаимодействии, обучении детей с НОДА взрослому необходимо соблюдать ряд требований:

1. Проявлять терпение и уверенный, спокойный поддерживающий настрой, подстраиваясь под темповые характеристики деятельности ребенка. При постоянной лидирующей, опережающей позиции взрослого у ребенка формируется неуверенное, зависимое, инфантильное поведение;
2. Всемерно поощрять самостоятельность ребенка, особенно это важно в повседневной жизни, в развитии навыков самообслуживания. Взрослому важно четко продумывать и дозировать уровень подсказок и помощи ребенку;
3. Поддерживать уровень познавательного интереса, мотивации ребенка, выявляя у каждого ребенка свои значимые стимулы, а также за счет регулярной смены видов активности;
4. Использовать четкость, краткость и наглядность в общении с ребенком, избегая сложноорганизованных пространственных рассуждений, сбивчивости и непоследовательности изложения мысли;
5. Следить за физическим состоянием здоровья ребенка, избегать переутомления и истощения;
6. Стимулировать физическую активность ребенка, развивая выносливость, волю, стремление к достижениям.

Существует несколько важных тем, на которые важно обращать внимание при работе с детьми с НОДА:

1. Поза тела ребенка в течении дня;
2. Развитие руки и манипулятивной деятельности;
3. Развитие навыков самообслуживания и гигиены;
4. Развитие речи;
5. Развитие пространственных представлений;
6. Развитие игры и высших психических функций (внимания, памяти, воображения, мышления)

1. Поза ребенка в течении дня.

При работе с детьми с тяжелой и **средней степенью выраженности двигательных нарушений** важно помнить о правильном положении ребенка в течение дня. Недопустимо, чтобы он сидел в течение длительного времени с согнутыми ногами. Особенно это вредно, если ребенок плохо держит голову, и она при утомлении опускается на грудь. Это приводит к стойкой неправильной позе, способствует укорочению задних мышц бедра и может быть причиной сгибательных контрактур. Чтобы этого избежать, ребенка следует сажать на стул так, чтобы ноги были выпрямлены, в течение дня его несколько раз укладывают на живот. Также, часто у детей с ДЦП встречаются случаи напряжения приводящих мышц бедер, их укорочения. Для избегания развития контрактур ребенка рекомендуется сажать в течение дня в положение портного, с маленьким песочным мешочком на каждом колене.

Кроме того, с ребенком любые занятия будут мало эффективны, если он не устойчиво чувствует себя в пространстве и все время балансирует в поисках равновесия. Во время занятий у ребенка обязательна должна быть устойчивая поза, если он сам не способен ее удерживать, то должен быть закреплен с помощью вертикализатора.

2. Развитие руки и манипулятивной деятельности.

Особое внимание уже с первых дней пребывания ребенка в детском саду необходимо уделять развитию движений руки, формируя ее функции (опорную, указывающую, отталкивающую, хватательную), которые составляют двигательную основу манипулятивной деятельности. Усложнение заданий, увеличение амплитуды действий и длительности занятий происходит постепенно. Движения могут выполняться ребенком не только в положении сидя за столом, но и лежа, стоя. Формировать целенаправленные движения руками можно начинать с простейших игр. Перед школой особенно важно развить у детей те движения рук, на основе которых затем формируются двигательные навыки, важные в самообслуживании, игре.

При формировании каждой новой схемы двигательного действия необходимо добиваться от ребенка четкости выполнения, свободы движения, плавности переключения с одного действия на другие и целенаправленного увеличения или уменьшения амплитуды движений. Необходимо обучать детей выделять элементарные движения в плечевом, локтевом, лучезапястном суставах и по возможности более правильно, свободно выполнять их. Наиболее трудно бывает развить координацию одновременно выполняемых движений в разных суставах, что необходимо в предметной деятельности и особенно при письме.

Необходимо обратить внимание на формирование противопоставления первого пальца всем остальным; на свободное сгибание и разгибание пальцев рук без движений кисти и предплечья, которыми они часто замещаются.

Для этого рекомендуется применять следующие задания:

- сжать пальцы правой руки в кулак - выпрямить;
- согнуть пальцы одновременно и поочередно;
- противопоставить первому пальцу все остальные поочередно;
- постучать каждым пальцем по столу под счет "один, один-два, один-два-три";

- отвести и привести пальцы, согнуть и разогнуть с усилием ("кошка выпустила коготки");
- многократно сгибать и разгибать пальцы, легко касаясь концевой фалангой первого пальца остальных ("сыпать зерно для птиц").

Важно сформировать у ребенка различные способы удержания предметов (в соответствии с их размером, формой, качеством). Необходимо помнить, что недифференцированный захват и изменения в **положении большого и указательного** пальцев особенно резко мешают предметной деятельности и письму; поэтому воспитатели должны прививать детям **правильные способы захвата**, начиная с игрушек и двигательных действий с ними.

3. Развитие навыков самообслуживания и гигиены.

Важным навыком самообслуживания является обучение ребенка самостоятельному **приему пищи**. Эту работу надо начинать с привития умения подносить свою руку ко рту, затем брать хлеб и подносить его ко рту; брать ложку, самостоятельно есть (вначале густую пищу); держать кружку и пить из нее. При обучении самостоятельному приему пищи на первых этапах надо использовать небьющиеся чашки и тарелки.

Очень важно обучить ребенка различным действиям во время одевания. Для тренировки навыков одевания можно использовать специальные рамки. Вначале надо научить ребенка расстегивать большие пуговицы, затем мелкие. В такой же последовательности научить его зашнуровывать и расшнуровывать ботинки.

Ему хочется все делать самому; родители или воспитатели должны оказывать лишь необходимую помощь. При этом важно учитывать возможности ребенка, четко знать, что можно от него потребовать и в каком объеме, он должен всегда видеть результат своей деятельности.

Ребенок с нарушением опорно-двигательного аппарата, по мере своих возможностей, должен уметь самостоятельно раздеваться, одеваться, расстегивать и застегивать пуговицы, расшнуровывать и зашнуровывать ботинки, застегивать или

завязывать шапку, пользоваться ложкой, носовым платком, зубной щеткой, расческой, умываться, мыть руки, вытираться.

4. Развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками и взрослыми).

Увеличение пассивного и активного словарного запаса, формирование связной речи. Развитие и коррекция нарушений лексического, грамматического и фонетического строя речи.

Ребенка с НОДА надо научить спокойно **открывать и закрывать рот**, уметь удерживать его в определенном положении. При выполнении этого упражнения взрослый должен следить, чтобы ребенок спокойно сидел, держал голову по средней линии, не опускал ее вниз. Если голова плохо удерживается, ее фиксируют при помощи головодержателя и т. д. Взрослый следит за тем, чтобы ребенок открывал и закрывал правильно рот (движением нижней челюсти), а язык и губы были спокойны. Рот нужно открывать не очень широко, без напряжения. Постепенно можно увеличить время удержания рта в открытом положении до 4—6с.

Для **развития подвижности губ** полезно упражнять ребенка вытягивать губы трубочкой. Вначале он должен суметь достать губами леденец, который находится на некотором расстоянии от его рта. Если ребенку трудно выполнить это движение, взрослый помогает ему, уменьшая расстояние. Чтобы ребенку было легче выполнить это упражнение, можно предложить ему различные картинки с изображением плачущего малыша, заблудившейся в лесу девочки, а также животных.

Следующий этап — это научить ребенка **улыбаться ненапряженно**, показывать верхние и нижние передние зубы. Это упражнение необходимо для произнесения звука и. Ребенка также необходимо научить спокойно без напряжения **смыкать губы** и удерживать их в таком положении. Упражнения по смыканию губ проводятся в положении сидя перед зеркалом, голова по средней линии.

У детей с тяжелой двигательной патологией часто отмечаются нарушения голосообразования, поэтому для них очень важны упражнения **по развитию силы голоса**. Ребенка учат вначале тихо и длительно произносить звук у («дует тихий

ветерок»)), а затем произносить его громко и длительно («дует сильный ветер»), учат также произвольно менять силу голоса.

Необходимо проводить занятия по развитию **произвольной высоты и интонации голоса**. Взрослый выразительно рассказывает ребенку сказку, например «Три медведя», учит по подражанию менять произвольно высоту голоса. **Развитие артикуляционных движений и речи** у детей с церебральным параличом необходимо начинать как можно раньше, так как первые два года жизни имеют важное значение.

5. Развитие пространственных представлений.

Развитие пространственных представлений может проходить последовательно в несколько этапов.

1. Сначала у ребенка последовательно формируют пространственную дифференциацию самого себя, представление о схеме тела, перемещении его в пространстве, учат ориентации в пространстве.

2. На втором этапе формируют пространственные представления в игровой, предметно-практической и конструктивной деятельности.

3. На следующем этапе эти упражнения проводятся на кукле, потом на картине, по рисунку. Ребенок сидит лицом к зеркалу, обводит пальцем контур лица, глаз, носа, затем пальцем обводит контур изображения лица на кукле, картинке.

4. Постепенно ребенок обучается рисованию изображения на доске, на бумаге и т. д.; при этом его всегда просят называть то, что он рисует. Для развития пространственных представлений в игровой деятельности используются специальные пособия: «почтовый ящик».

6. Развитие игровой деятельности. Расширение запаса знаний и представлений об окружающем мире..

Большое значение в воспитании ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата имеет руководство взрослого его самостоятельной игрой. Именно в игре дети

получают первый опыт общения друг с другом, у них развиваются общественные формы поведения. Важно развивать у детей эмоциональное, творческое отношение к игре. Творческая игра имеет в своей основе условное преобразование окружающего.

Очень важно, какими способами ребенок с НОДА получает сведения об окружающем мире. Первое знакомство с предметами и явлениями должно по возможности происходить в естественной жизненной обстановке, а не по картинкам или игрушкам.

Много интересного можно показать ребенку из окна детского сада: улицу, движение транспорта, сад, животных и т. п. Важное значение для развития знаний и представлений об окружающем мире имеют прогулки.

У ребенка-дошкольника мыслительные процессы должны быть, как можно теснее связаны с живыми, яркими, наглядными предметами окружающего мира. Ребенок видит деревья, природу в разное время года, взрослый направляет его внимание на их существенные особенности. Важно создать эмоциональный настрой восприятия: только такое восприятие будет стимулировать мысль ребенка и способствовать запоминанию увиденного.

Для развития представлений об окружающем большую роль играют специальные занятия с использованием картинок. Для ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата важно, чтобы картина была четкой, достаточно крупной и располагалась в поле его зрения.

Материально техническое обеспечение

Архитектурная среда

Для детей, использующих для передвижения коляски необходимо установить пандус у входа в здание. Пандус должен быть достаточно пологим (10-12°), чтобы ребенок на коляске мог самостоятельно подниматься и спускаться по нему.

Ширина пандуса должна быть не менее 90 см. Необходимыми атрибутами пандуса являются ограждающий бортик (высота - не менее 5 см) и поручни (высота - 50-90 см),

длина которых должна превышать длину пандуса на 30 см с каждой стороны. Ограждающий бортик предупреждает соскальзывание коляски.

Если архитектура здания не позволяет построить правильный пандус, то можно сделать откидной пандус. В данном случае необходима посторонняя помощь. Двери здания должны открываться в противоположную сторону от пандуса, иначе ребенок на коляске скатится вниз.

Вдоль коридоров должны быть установлены поручни по всему периметру - это позволит ребенку самостоятельно передвигаться по зданию. Ширина дверных проёмов должна быть не менее 80-85 см. для возможности проезда на коляске.

Для возможности посещения ребенком верхних этажей на коляске в здании должен быть предусмотрен лифт или подъемники на лестницах.

Создание условий ортопедического режима для каждого ребенка с НОДА

В соответствии рекомендациями врача-ортопеда, инструктора ЛФК определяются правила посадки и передвижения ребенка с использованием технических средств реабилитации, рефлекс-запрещающие позиции (поза, который взрослый придает ребенку для снижения активности патологических рефлексов и нормализации мышечного тонуса), обеспечивающие максимально комфортное положение ребенка в пространстве и возможность осуществления движений.

Ребенок с тяжелой двигательной патологией во время бодрствования не должен более 20 минут оставаться в одной и той же позе.

Для каждого ребенка индивидуально подбираются наиболее адекватные позы для кормления, одевания, купания, игры. Эти позы меняются по мере развития двигательных возможностей ребенка.

В течение дня полезно несколько раз выкладывать ребенка на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины и ног. Чтобы облегчить принятие этой позы, ребенку под грудь подкладывают небольшой валик.

Специальное оборудование:

- Средства передвижения — различные варианты детских инвалидных колясок (комнатные, прогулочные, функциональные, спортивные). Во многофункциональных креслах-колясках дети могут проводить значительное время. В них имеется столик для приема пищи и занятий, съемное судно, отделение для книг;
- Средства, облегчающие передвижение — ходунки и ходилки (комнатные и прогулочные), костыли, крабы, трости, велосипеды; специальные поручни, пандусы, съезды на тротуарах;
- Средства, облегчающие самообслуживание детей с нарушением функций верхних конечностей: специальные предметы обихода (наборы посуды и столовых приборов, приспособления для одевания и раздевания, открывания и закрывания дверей, для самостоятельного чтения, пользования телефоном; особые выключатели электроприборов, дистанционное управление бытовыми приборами;
- Ортопедическая обувь и ортопедические приспособления;
- Специальная мебель и специальные приборы для обучения (ручки и карандаши-держатели, утяжелители для рук), мягкие маты, специальные игрушки, отвечающие особенностям детей и санитарно-гигиеническим требованиям;
- Тренажеры для развития манипулятивных функций рук.
- Сенсорные комнаты и сенсорные стимулирующие наборы. Сенсорная комната дает возможность подавать стимулы различной модальности — зрительной, слуховой, тактильной — и использовать эту стимуляцию длительное время. Сочетание стимулов различных модальностей (музыки, цвета, запахов) может оказывать различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние ребенка — тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее, восстанавливающее, успокаивающее, расслабляющее;

- Лечебно-нагрузочные костюмы («Адели--92»). Костюм используется для лечения различных

- форм церебрального паралича в любом возрастном периоде жизни ребенка, начиная с раннего возраста. Создавая правильные взаимоотношения между частями тела и устраняя порочные установки, костюм способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движения, что является основой для формирования моторики. Благодаря амортизаторам несколько растягиваются спастичные мышцы (снижается тонус мышц), уменьшается патологическая и активизируется физиологическая афферентация с мышечно-связочного аппарата; уменьшается частота и амплитуда гиперкинезов. В лечебно-нагрузочном костюме можно проводить любые упражнения, намного улучшая и ускоряя их результативность.

2.4. Специальные образовательные условия обучения детей с расстройством аутистического спектра

2.4.1. Особенности развития детей с расстройством аутистического спектра

Дети с РАС представляют собой неоднородную группу с различной степенью проявления особенностей и образовательных потребностей. Они характеризуются своеобразием эмоциональной, волевой, когнитивной сфер и поведения в целом.

Имеют неравномерно недостаточный уровень развития психических функций, который по отдельным показателям может соответствовать нормативному уровню, либо уровню развития детей с задержкой психического развития, либо уровню развития детей с интеллектуальной недостаточностью. При этом адаптация этих детей крайне затруднена, прежде всего, из-за нарушений коммуникации и социализации и в связи с наличием дезадаптивных форм поведения.

При аутизме у детей выделяют характерную триаду признаков:

- недостаток социальных взаимодействий;
- нарушенная взаимная коммуникация;
- ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения.

Уже в раннем возрасте ребенок с РАС проявляет особую сенсорную ранимость по отношению к звуку, свету, запаху, прикосновениям. Он быстро пресыщается даже приятными переживаниями, проявляет стереотипность в контактах с людьми и окружающей средой. В результате вторичной сенсорной и эмоциональной депривации у детей развивается тенденция аутостимуляции, которая заглушает дискомфорт и страхи ребенка.

В речи ребенок с РАС часто использует речевые штампы, простые фразы, произнесенные близкими людьми или услышанные при просмотре мультфильмов и телепередач.

Мышление ребенка конкретно, буквально и фрагментарно. При этом дети способны к символизации, построению сложных схем и последовательностей. Ребенку сложно адекватно реагировать на окружающую среду и адаптироваться в пространстве.

В отечественной психолого-педагогической практике опираются на классификацию детей с РАС, предложенную в Институте коррекционной педагогики РАО О.С. Никольской и Е.Р. Баенской. В соответствии с этой классификацией выделяют 4 группы детей.

Первая группа детей с аутистической отрешённостью от окружающего характеризуются наиболее агрессивной патологией, наиболее тяжёлыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Лицо их амимично. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Они мучительны, нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Эта группа детей имеет наиболее тяжёлые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими. Не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они бездеятельны, и беспомощны, редко владеют навыками самообслуживания.

Вторая группа детей с аутистическим отвержением окружающего характеризуются определённой возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счёт аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т.д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т.д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне. Внешний рисунок их поведения манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно мало доступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут.

grimасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная « симбиотическая» связь с матерью.

Третья группа детей с аутистическими замещениями окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, которые помогают им преодолевать пугающие их переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развёрнутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны. Низка способность к сопереживанию. При развёрнутом монологе очень слаб диалог.

Четвертая группа детей характеризуются свертормозимостью и высокой истощаемостью. У них не менее глубок аутистический барьер, меньше выражена патология аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счёт активного усвоения поведенческих штампов. Формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от неё.

Детям с РАС первой и второй групп рекомендуют группы кратковременного пребывания с сопровождением тьютора. Работу с ними начинают в индивидуальном

режиме, помогая ребенку адаптироваться, постепенно переходя к работе в малых группах, расширяя качество контакта ребенка.

2.4.2. Общие рекомендации психолого-педагогического сопровождения детей с нарушением

Основные направления работы с детьми с РАС должны:

- помогать ребенку с РАС лучше адаптироваться в окружающем пространстве, в помещении, в процессе образовательной деятельности;
- побуждать ребенка с РАС к самостоятельной деятельности;
- способствовать переносу знаний в жизненные ситуации;
- содействовать коммуникации ребенка с РАС с другими детьми и с взрослыми.

Дети с аутизмом нуждаются в наглядных средствах подкрепления любой информации (схемы, четкие плакаты, инструкции). Четкая структурированность занятий и наглядность являются одними из основных условий обучения ребенка с аутизмом.

Визуализация режима дня

В первую очередь, необходимость введения расписания связано с тем, что различные явления окружающего мира и события, происходящие с ребенком, часто в его сознании не связаны с определенными временными рамками. У ребенка с расстройством аутистического спектра с трудом формируется структура времени. В результате, оказывается не сформировано понимание последовательности событий. Ребенок не знает *когда* и *что* можно делать, не может самостоятельно планировать собственное время, что часто приводит к нарушениям поведения.

Так же важно помнить, что склонность к стереотипам обеспечивает определенную безопасность ребенку с расстройством аутистического спектра. Именно для этой цели служит создание расписания, которое должно иметь определённую последовательность и повторяемость. Тогда картина мира в сознании ребёнка становится более упорядоченной, предсказуемой, а спланированная жизнь поможет структурировать его

поведение и избежать многих страхов, аффективных срывов. Расписание позволяют ребенку успешнее:

- следовать распорядку дня. Он знает, что должен сделать сегодня, и ему не нужны словесные инструкции или подсказки. Таким образом повышается самостоятельность ребенка;
- справляться с тревогой, устраняют постоянные вопросы о событиях дня, снижая, таким образом, беспокойство учащегося и придавая ему чувство уверенности и безопасности;
- позволяют избежать конфронтаций со взрослыми. Когда приходит время занятия, которым ребенок не любит заниматься, то взрослым следует ссылаться на расписание: «Расписание говорит, что мы будем ...»;
- позволяют усвоить наиболее важные алгоритмы действий;
- позволяют учащимся быть готовыми к переменам;
- позволяют связывать ожидаемое поведение с занятиями в расписании;
- дают возможность учащемуся получить ощущение того, что что-то достигнуто.

Лучше всего, если расписание будет размещено в центре комнаты, чтобы его мог видеть все дети группы. Учитель должен «пройти» с ребенком по расписанию либо на весь день, либо только осветив предстоящее занятие в зависимости от способности ребенка или класса воспринимать данную информацию.

Ввиду того, что у детей с расстройствами аутистического спектра недостаточно сформировано понимание речи (или такой ребенок часто может «не слышать» обращения), необходимо, чтобы расписание было визуальным. Привычные для обычных людей вербальные способы объяснений некоторых событий, для таких детей недостаточны. Это могут быть карточки с названием предметов и режимных моментов, по которым ребенок сможет понять, что произойдет позже.

Визуализация плана занятий

Помимо расписания дня, очень важно четко планировать деятельность ребенка с расстройством аутистического спектра в течение занятия. Введение подобного расписания поможет специалисту: упорядочить деятельность на занятии, уменьшить

беспокойство, установить определенные правила поведения, обеспечить видимое средство ожидания смены деятельности.

Для изготовления плана занятий рекомендуется применять карточки с символами и подписями, а в дальнейшем постепенно переходить к «списку» заданий.

Визуализация плана занятия дает следующие преимущества:

- позволяют следовать плану занятия и ребенок знает, что он должен делать, и ему не нужны дополнительные словесные инструкции или подсказки;
- использование визуального плана занятия повышает уровень самостоятельности ребенка и позволяет ребенку подготовиться к смене деятельности;
- заранее прописанный план позволяет избежать конфронтацией со взрослым .когда приходит время определенного, пусть даже сложного задания, которым ребенок не любит заниматься, то взрослый может сослаться на расписание;
- постоянное использование планов занятий позволяет усвоить основные заведенные действия на том или ином занятии;
- так же вычеркивание заданий из плана занятий дает возможность ребенку получить ощущение того, что что-то достигнуто.

Наглядное подкрепление информации

Особенности восприятия и понимания лексико-грамматических конструкций, фразеологических оборотов речи, абстрактных понятий делают невозможным стандартное преподнесение материала на основе устной речи.

Педагогу важно помнить, что весь учебный материал должен подкрепляться *визуальным рядом*, а так же выполнением *практических заданий*. Применение наглядности и оправдано при преподнесении любого обучающего материала.

- используйте наглядное подкрепление при изучении новых слов и понятий;
- сопровождайте тексты фотографиями и иллюстрациями;
- используйте презентации при подаче знаний об окружающем;
- соединяйте абстрактные понятия с образами и символами (*например* - понятия «вверх» и «вниз»);

- произнося термин, покажите физически, с помощью игрушки;
- подкрепите таблички с подписями к игрушке и еще раз покажите, педагог должен показать их ребенку;
- замените игрушку картинкой с подписью;
- замените картинку символом – стрелкой;
- оставьте только табличку.

Наглядная демонстрация связей между понятиями. Недостаточная способность к обобщению вызывает трудности в выстраивании связей между понятиями, вследствие чего они могут восприниматься изолированно. Поэтому ребенку необходимо наглядно показывать, как одно понятие связано с другим.

Наглядное подкрепление инструкций

Отдельно следует отметить использование визуального подкрепления для инструкций.

- подкрепите инструкцию символом. очень часто у детей с расстройством аутистического спектра возникают сложности с пониманием синонимов одних и тех же инструкций (*например: реши пример- напиши ответы- напиши результат и т.д.*). ребенку бывает очень сложно соотнести инструкцию с конкретным действием;
- разбивайте задания в виде наглядных инструкций. Подкрепление инструкции визуальным стимулом важно так же в случаях выполнения сложного задания, состоящего из ряда инструкций. заранее подготовьте карточки с символами и прикрепите их слева направо либо сверху вниз;
- используйте визуальные алгоритмы выполнения заданий. Научите ребенка выполнять задания, ориентируясь на стандартный алгоритм, что обеспечит ему возможность самостоятельного выполнения работы.

Образец выполнения

Основная задача взрослого - *научить* ребенка. Поэтому необходимо помнить, что процесс *научения* начинается не с вопроса, а с демонстрации ожидаемого результата. Прежде, чем ожидать *результата* – покажите, что представляет из себя результат.

Предоставление образца выполнения может быть в виде:

- моделирования действия – покажите, как должно выглядеть действие;
- образец ответа – пример ответа на вопрос;
- образец заполнения таблицы, схемы и т.д.;
- алгоритм выполнения задания – визуальный план выполнения.

Визуализация правил поведения

Наблюдаемое поведение ребенка с расстройством аутистического спектра, которое может истолковываться как простые капризы или непослушание, может иметь целый ряд значений. Например, оно может выражать потребность в помощи или внимании; уход от стрессовых ситуаций; желание получить какой-либо предмет; недопонимание; протест против не желаемых событий и т.д.

Для того, чтобы дети быстрее привыкли правилам поведения рекомендуется дополнительное обучение. Для начала, необходимо ввести общие правила для всей группы. Для этого надо продумать, какие правила вводить. Правил не должно быть много. Это должны быть только актуальные на данный период времени правила. Продумайте формулировку каждого правила. Фраза должна быть короткой, все слова в ней должны быть понятны. Желательно не использовать в формулировках частицу НЕ. Ваше правило должно показывать *«как нужно себя вести»*.

Поскольку у детей с расстройствами аутистического спектра часто затруднено восприятие устной речи, рекомендуется сделать наглядное напоминание правил. Правила должны быть достаточно крупного размера. К каждой фразе можно добавить символ, для того, что бы постепенно убирая текст, для напоминания оставались только символы. По прошествии некоторого адаптационного периода, когда основные нормы поведения на занятии будут усвоены, могут понадобиться индивидуальные правила, которые можно расположить на столе ребенка.

2.4.3. Организация развивающей предметно-пространственной среды

Спецификой создания предметно-пространственной развивающей образовательной среды является ее визуализация и структурирование согласно потребностям детей с РАС. Пространство должно: учитывать интересы и потребности ребенка с РАС,

характеризоваться относительным постоянством расположения игровых материалов и предметов мебели, быть неперегруженным разнообразными игровыми объектами.

Игры и игрушки подбираются в соответствии с содержанием образовательной программы.

При организации индивидуальных занятий соблюдают следующую последовательность:

- рабочий стол находится у стены для минимизации отвлекающих ребенка факторов, рабочий стол отодвигается от стены и педагог располагается в зоне видимости ребенка;
- занятия проводятся в малой группе, состоящей из двух детей, рабочие столы располагаются рядом друг с другом.

При участии в групповых формах работы рекомендуется использовать наглядное расписание, иллюстрирующее последовательность выполняемых заданий, игры и дидактические материалы:

- для подготовки руки к письму: насадки на ручку (для детей с правосторонним и левосторонним латеральным предпочтением), ограничители строки, разлиновка листа в крупную клетку или линейку;
- при развитии элементарных математических представлений: визуальный ряд чисел, специализированная линейка Абака, пособие «Нумикон», игровые пособия по закреплению состава числа (подбираются с опорой на индивидуальные интересы ребенка), игровые пособия по обучению сравнению чисел с помощью знаков, игровые пособия по обучению выполнению арифметических действий, наглядные пособия по обучению детей решать задачи;
- подготовка к обучению грамоте: схемы слов, предложений, звуко-буквенного анализа, символы звуков, таблицы для чтения и др.;
- развитие речи и ознакомление с окружающим миром: музыкальные инструменты, мелкий материал для игр на столе – звери, птицы, семья, посуда, продукты, одежда, транспорт, мебель и др., сюжетные картины, серии сюжетных картин, пальчиковый театр и др.;

- физическое развитие: маты, мягкие игровые модули, качели, батут, горка, бассейн с шариками, мячи, кольца, клюшки, кегли, кольцебросы, обручи, машины, самокаты, схемы игр и т.д.;
- игровое оборудование для игр на полу: машинки, гаражи, самолеты, кораблики, поезд и железная дорога, куклы, кукольный домик, игрушечная мебель, посуда, продукты, одежда, набор доктора, игрушечные животные и т. д.; Необходимо, чтобы все игровые и дидактические материалы были упорядочены, каждый предмет находится на постоянном месте. Места промаркированы, что способствует самостоятельной уборке игрушек.

Для визуализации предметно-пространственная развивающая образовательная среда используют:

- фотографии ребенка для обозначения вещей, которыми он пользуется в группе (стула, стола, шкафчика, крючка для полотенца и т. д.), фотографии воспитателей и детей, посещающих группу, фотографий педагогов, работающих в кабинетах (логопед, психолог и др.),
- информационные таблички (пиктограммы) на дверях спальни, раздевалки и т.д.,
- иллюстрированные правила поведения,
- алгоритмы выполнения бытовых навыков (умывания, туалета, переодевания на физкультуру, мытья рук и т.д.),
- коммуникативный альбом: фотографии близких людей; любимых видов деятельности ребенка; пиктограммы, связанные с удовлетворением физиологических потребностей ребенка (вода, еда, туалет);
- изображением эмоций ребенка; базовые коммуникативные функции (в т. ч. просьбу о помощи, приветствие, отказ, согласие и т. д.).

Обязательной составляющей предметно-пространственной развивающей среды для ребенка с РАС является оборудование уголка уединения (зоны отдыха ребенка). Для этого используются: невысокие легкие передвижные ширмы, разноцветные драпировки разной величины, мягкие модули, подушки, балдахин, шатер, палатку, любое ограниченное пространство. В зоне отдыха размещают любимые игрушки ребенка,

книги, фотографии, приятное для ребенка сенсорное оборудование, мягкая мебель и т.д. Детей необходимо обучить правилам поведения в уголке уединения. Соблюдение четкого распорядка дня является условием успешной адаптации ребенка в образовательной организации.

Для обеспечения качества сна ребенка с РАС необходимо обратить внимание на:

- соблюдение температурного режима, комфортного для ребенка, возможную специфическую реакцию ребенка на ткань постельного белья и пижамы, наличие посторонних шумов (шум воды в кране, звук вентилятора, шум за окном, которые могут мешать заснуть), создание условий для пробуждения в спокойной обстановке.
- Удачным является размещение шторок над кроваткой ребенка, что дает возможность уединения и спокойного засыпания ребенка с РАС.

Для некоторых детей с РАС сон в незнакомом месте является невозможным. При этом ребенок очень устает и дневной сон для него является физиологической потребностью. Для таких детей необходимо предусмотреть возможность ухода на время дневного сна домой и возвращение ребенка обратно после пробуждения.

Для детей с РАС характерно стремление сохранить постоянные привычные условия жизни, сопротивление изменениям в жизни, в том числе в организации приема пищи. У детей наблюдается пристрастие к определенным блюдам, неприязнь к некоторым продуктам. Постепенно пищевой репертуар ребенка расширится. Однако на этапе адаптации допускается организовать ребенку возможность питаться принесенной из дома едой, а также пользоваться одноразовой или личной посудой. Особая организация питания требуется детям-аллергикам и детям, находящимся на определенной диете (например – на безглютеновой). Необходимо организовать прием детьми подходящей пищи иначе они лишаться возможности посещать образовательную организацию.

При организации прогулок необходимо учитывать то, что детям с РАС нравятся ощущения, получаемые от прыжков с высоты или падения на землю. Они часто не могут оценить уровень опасности, лишены «чувства края» и могут забираться очень ловко, быстро и довольно высоко. Поэтому очень важно, чтобы на прогулочной площадке соблюдались все меры безопасности. При этом у детей с РАС должен быть доступ к

оборудованию, позволяющему обеспечить сенсорную разгрузку ребенка: безопасные качели, батут, гамак и др.

Литература:

1. Баенская Е. Р., Никольская О. С., Либлинг М. М. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. М.: Теревинф, 2011.
2. Баенская Е. Р., Никольская О. С., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2016.
3. Баряева Л.Б., Лопатина Л.В. Учим детей общаться. Формирование коммуникативных умений у младших дошкольников с первым уровнем речевого развития. — СПб.: ЦДК проф. Л. Б. Баряевой, 2011.
4. Батышева Т.Т. Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра в практике детского невролога. Методические рекомендации. М.: 2014.
5. Башина В.М. Аутизм в детстве – М.: Медицина, 1999.
6. Бондарь Т.А., Захарова И.Ю., Константинова И.С. Подготовка к школе детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы: от индивидуальных занятий к обучению в 124 классе. М.: Теревинф, 2011.
7. Как развивается ваш ребенок. таблицы сенсомоторного и социального развития: от рождения до 4-х лет. М.: Теревинф, 2009.
8. Как развивается ваш ребенок. таблицы сенсомоторного и социального развития: от 4-х лет до 7,5 лет. М.: Теревинф, 2009.
9. Константинова И.С. Музыкальные занятия с особым ребенком: взгляд нейропсихолога. М.: Теревинф, 2013.
10. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления. М., 1991.
11. Либлинг Е.Р., Баенская М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития. М.: Теревинф, 2013.
12. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – М.: Теревинф, 1997.

13.Никольская О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. Серия «Особый ребенок». – М.: Теревинф, 2005. Нуриева Л.Г. Развитие речи аутичных детей: методические разработки. М.: Теревинф, 2008. Ньюмен Сара. Игры и занятия с особым ребенком. М.: Теревинф, 2011. Обучение детей с расстройством аутистического спектра. / Отв. ред. С.В. Алехина // Под общ. ред. Н.Я. Семаго. – М.: МГППУ, 2012. Особые дети: вариативные формы коррекционно-педагогической помощи: методическое пособие / под ред. Е.А. Стребелевой, А.В. Закрепиной.- М.: ЛОГОМАГ, 2013. Организация деятельности ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под общ. Ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014. Ребенок в инклюзивном дошкольном образовательном учреждении: методическое пособие / Под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. – М.: РУДН, 2010. Селигман М., Дарлинг Р.Б. Обычные семьи, особые дети: системный подход к помощи детям с нарушениями в развитии. М.: Теревинф, 2009. Создание специальных образовательных условий для детей с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательных учреждениях: Методический сборник / Отв. ред. С.В. Алехина // Под ред. Е.В. Самсоновой. – М.: МГППУ, 2012.