**Технологии коррекционно- развивающей работы с детьми с ОВЗ**

В соответствии с п. 19.8. ФГОС начального образования **Программа коррекционной работы в образовательном учреждении** должна быть направлена на обеспечение коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей с ограниченными возможностями здоровья и оказание помощи детям этой категории в освоении основной образовательной программы начального общего образования и должна обеспечить:

- выявление особых образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья, обусловленных недостатками в их физическом и (или) психическом развитии;

- осуществление индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии);

- возможность освоения детьми с ограниченными возможностями здоровья основной образовательной программы начального общего образования и их интеграции в образовательном учреждении.

На сегодняшний день инклюзивное образование на территории Российской Федерации регулируется Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов РФ», а также Конвенцией о правах ребенка и Протоколом № 1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. В 2008 г. Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». Однако в современном российском законодательстве не отражен механизм создания специальных условий для обучения ребенка с особыми образовательными потребностями в образовательном учреждении общего типа.   
Воспитание детей с отклонениями в развитии отличается свое­образием, которое заключается, во-первых, в его коррекционной направленности, во-вторых, в неразрывной связи коррекционных мероприятий с формированием практических навыков и умений. Конкретные особенности воспитания таких детей зависят от вида аномального развития, степени и характера нарушений различ­ных функций, а также компенсаторных и возрастных возможно­стей ребенка.

В основе психомоторного развития лежит генетическая про­грамма, которая реализуется под влиянием различных факторов окружающей среды. Поэтому если ребенок отстает в развитии, прежде всего необходимо учитывать роль наследственных факто­ров в этом отставании.

Различные неблагоприятные воздействия во внутриутробном периоде развития, во время родов (родовая травма, асфиксия), а также после рождения могут приводить к нарушениям психо­моторного развития ребенка.

Для успешной лечебно-коррекционной и педагогической рабо­ты с детьми, имеющими отклонения в развитии, важное значе­ние имеет знание причин и характера нарушений развития.

Хорошо известно, что дети, страдающие одним и тем же забо­леванием, по-разному отстают в развитии. Это связано с генотипическими особенностями их центральной нервной системы, с раз­личными влияниями окружающей среды, а также с тем, насколь­ко своевременно поставлен правильный диагноз и начата лечебно-коррекционная и педагогическая работа.

Умственная отсталость при синдроме Дауна обычно достаточ­но глубокая. Мышление детей отличается конкретностью и тугоподвижностью. Абстрактные понятия, счетные операции им часто недоступны.

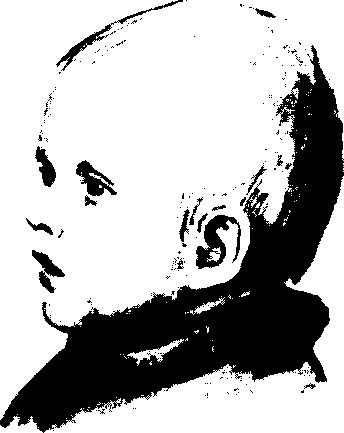


Рис. 15. Ребенок с синдромом Дауна

Вместе с тем у многих из этих детей наблюдаются сохранная механическая память, наблюдательность, большая под­ражательность, живость и сохранность эмоциональной сферы. Де­ти обычно ласковые, добродушные, послушные, им свойственны чувства симпатии, смущения, обиды. Они легко привязываются к тем, кто за ними ухаживает.

Однако у некоторых из них может отмечаться неустойчивость настроения, повышенная раздражительность, иногда злобность.

После 3—4 лет они становятся несколько живее, активнее, у них начинает формироваться речь, появляется более дифферен­цированное отношение к близким. Однако и на этом возрастном этапе речь развивается крайне медленно и с большим трудом, что еще более задерживает психическое развитие ребенка и обосно­ванно беспокоит родителей.

В настоящее время вопросы речевых нарушений, и особенно процессы восприятия речи, у детей с синдромом Дауна рассматри­ваются не только в связи с их интеллектуальной недостаточно­стью, но и в связи с частыми нарушениями слуха. Специально про­веденные у таких детей исследования ушной доминантности пока­зали, что у многих из них имеет место доминантность (преоблада­ние) левого уха. В связи с этим высказывается предположение, что дети с синдромом Дауна используют для лингвистической обработ­ки речевой информации менее эффективное правое полушарие.

В последнее время большое внимание уделяется ранней реа­билитации детей с синдромом Дауна. Разрабатываются прог­раммы психолого-педагогической коррекции, приемы и методы стимуляции доречевого и речевого развития, комплексного лечения

Особо важное значение имеет стимуляция психомоторного раз­вития ребенка и ранняя коррекция нарушенных двигательных функ­ций. В связи с этим показаны общеукрепляющий массаж и лечеб­ная физкультура, направленная на стимуляцию развития стати­ческих и локомоторных функций, равновесия и координации дви­жений. Необходимы также специальные упражнения, развиваю­щие тонкие дифференцированные движения пальцев рук и зритель­но-моторную координацию.

Дети с данным забо­леванием чрезвычайно чувствительны к одобрению и ласке со сто­роны взрослых. Опираясь на эти особенности, у них можно сфор­мировать социально принятые нормы поведения

*Ранний детский аутизм* (РДА) представляет собой особый ва­риант аномального развития, который чаще всего проявляется в первые 2—3 года жизни ребенка. Основным его признаком являет­ся нарушение контакта ребенка с окружающим миром и прежде всего с людьми. Ребенок с аутизмом погружен в мир собствен­ных переживаний, отгорожен от внешнего мира. Он замкнут и избе­гает общения с детьми, не смотрит в глаза окружающих, отстра­няется от телесного контакта и ласки близких. Он как бы не заме­чает других людей; предоставленный сам себе, может однообразно потряхивать руками, подпрыгивать на месте или бегать на пальцах по кругу, нашептывать, выкрикивать отдельные слова или звуко­сочетания и т. п.

Для этих детей характерна однообразная, как бы нецеленаправ­ленная двигательная активность, которая проявляется в прыжках, хлопках, беге на цыпочках, своеобразных движениях пальцев рук около наружных углов глаз и других. Их двигательное беспо­койство чередуется с периодами заторможенности, застывании в одной позе. Для детей с аутизмом характерны своеобразные страхи. Но больше всего у него нарушено эмоционально-личност­ное развитие. Важным критерием ранней диагностики аутизма является нарушение довербального коммуникативного поведения.

Умственные способности детей, страдающих аутизмом, могут быть различными

Аутизм возникает под влияни­ем различных причин. Но во всех случаях ведущее значение имеет наследственная предрасположен­ность к подобной своеобразной форме аномального развития. Аутизм наблюдается во всех со­циальных классах и этнических группах. Его средняя частота 1:10000 с явным преобладанием лиц мужского пола (4 мальчика и 1 девочка).

При воспитании детей с аутизмом родители должны быть пси­хотерапевтами, действующими совместно с педагогом, .психологом и врачом.

Отдельные проявления аутизма могут наблюдаться у различ­ных категорий детей с отклонениями в развитии. Например, возможно сочетание аутизма с болезнью Дауна, фенилкетонурией и другими формами умственной отсталости.

Интенсивные исследования, проводимые в последние годы во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания, сопоставимую лишь с частотой болезни Дауна — самой распростра­ненной формой умственной отсталости. По данным зарубежных авторов, его частота среди умственно отсталых мальчиков состав­ляет 1,9—5,9%. В среднем в общей популяции частота этого забо­левания составляет 1:1350 среди мальчиков и 1:2033 среди дево­чек, или 1:1634 среди детей обоего пола **КОРРЕКЦИОННОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

Что такое коррекционное воспитание

Сущность коррекционного воспитания состоит в формирова­нии" психических функций ребенка и обогащении его практическо­го опыта наряду с преодолением имеющихся у него нарушений ре­чи, моторики, сенсорных функций, поведения и др.

Коррекционное воспитание направлено на предупреждение и коррекцию аномалий психического развития, подготовку ребенка к обучению и жизни в обществе.

Оно предполагает сочетание педагогических и лечебных меро­приятий, а также учет специфики аномального развития и возраст­ных особенностей ребенка.

В каждом случае важно оценить не только степень отставания в развитии по сравнению с возрастными нормами, но и учесть ка­чественные особенности этого отставания, клинический диагноз, а также потенциальные возможности развития.

Решающим фактором, от которого зависит положительная ди­намика психомоторного развития, выступают адекватные условия воспитания в семье и раннее начало комплексных лечебно-коррекционных и коррекционно-педагогических мероприятий.

Коррекционное воспитание предполагает как преодоление имею­щихся отклонений в развитии, так и предупреждение возможных нарушений, связанных с перенапряжением нервной системы ребен­ка, а также различных психических травм, приводящих к возник­новению особых болезненных состояний нервной системы — невро­зов. Чем младше ребенок, тем менее значительные раздражите­ли могут привести к психической травме. Для ребенка раннего возраста это могут быть незнакомые предметы и резкие звуки (гром, гудок автомобиля, лай собаки и т. п.). Особенно тяжелой травмирующей ситуацией является отрыв от родителей вследствие помещения в больницу, ясли или детский сад. У детей с поражением центральной нервной системы психические травмы могут оказы­вать острое неблагоприятное влияние на весь организм: отрица­тельные переживания сочетаются с повышением температуры, рез­ким побледнением или покраснением кожных покровов, наруше­нием сердечной деятельности, рвотой и т. п. В особо тяжелых слу­чаях такие состояния могут представлять угрозу для жизни ребен­ка. Результатом психической травмы может быть утрата сформи­рованных навыков, например навыка опрятности, возникновение мутизма (активного отказа от речевого общения) с последующим развитием заикания и т. п. Кроме того, у ребенка могут появить­ся страхи. Некоторые дети с отклонениями в развитии особенно склонны к образованию страхов. Это прежде всего дети с аутиз­мом, детским церебральным параличом, дефектами зрения.

Система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение отклонений в развитии у детей ран­него возраста, которые еще не адаптированы к социальной среде, носит название абилитации. Об абилитации говорят в тех случаях, когда отклонение в развитии возникло в раннем детстве за счет внутриутробного или перинатального поражения мозга.

Коррекционное воспитание включает ряд специальных абили-тационных мероприятий. При этом учитываются резервные воз­можности мозга и пораженных анализаторов, а также сензитивные периоды развития.

Воспитание ребенка с нарушениями речи

Дети с отставанием в развитии речи нуждаются в особом под­ходе. В первые годы жизни любое отклонение в развитии проявля­ется прежде всего в речевом отставании. Исключение могут состав­лять лишь некоторые дети с гидроцефалией, у которых достаточ­но рано формируется способность повторять слова и предложе­ния. Однако и эти дети нуждаются в специальных коррекционных занятиях, направленных прежде всего на развитие смысловой стороны речи.

Речь является основой формирования социальных связей ре­бенка с окружающим миром. Поэтому при отставании в развитии речи у ребенка всегда возникают дополнительные проблемы, свя­занные с общением.

У детей с отклонениями в развитии, которые в первые годы своей жизни находятся в специальных лечебных учреждениях, отставание в развитии речи особенно выражено по сравнению с теми детьми, которые воспитываются дома. То есть само пребыва­ние малыша в домашних условиях является благоприятным факто­ром для развития его речи. Однако этот фактор действует лишь в том случае, если родители, особенно мать, уделяют достаточно вни­мания речевому общению с ребенком, стимулируя его к использованию слов и предложений. Первой задачей матери является фор­мирование у ребенка потребности в общении. А для этого малышу надо прежде всего ощутить реальное преимущество речевого об­щения с окружающими. Например, если малыш хочет, чтобы мать взяла его на руки, он тянет к ней руки, стремится криком привлечь ее внимание и, наконец, ему удается произнести звукосочетания, похожие на слово «неси»,— мать тут же берет его на руки.

Такие же ситуации возникают при манипуляциях с игрушка­ми, когда ребенок связывает произнесение первых слов или звуко­сочетаний со значимыми для него действиями или предметами.

Практически каждый ребенок с отклонениями в развитии, за исключением детей с тяжелыми нарушениями речи и слуха, может научиться говорить первые слова с помощью матери. Но для этого матери полезно получать консультации у специалиста — логопеда или дефектолога, а также придерживаться нескольких основных общих правил. Прежде всего, не следует немедленно удовлетворять каждое желание ребенка, надо давать ему возможность выражать свою просьбу любыми доступными ему речевыми средствами. При этом нельзя заставлять ребенка ожидать слишком долго; мать мо­жет сама произнести нужное слово, а затем делается небольшая пауза, пока ребенок сам не повторит это слово.

Как только ребенок произнес нужное слово, мать награждает его радостной улыбкой и выполняет просьбу. Если не удается сра­зу добиться успеха, следует повторять указанный прием изо дня в день.

Обучение ребенка с отклонениями в развитии требует очень большого терпения от родителей, и это прежде всего относится к стимуляции его речи. Речь ребенка можно стимулировать посред­ством подражания звукам. Во время таких игровых занятий важ­но, чтобы выражение лица матери, ее улыбка, голос вызывали у малыша положительные эмоции и он бы испытывал радость от об­щения с нею. Если же мать озабочена или огорчена, успех занятий может быть невелик. Неудача в свою очередь еще больше расстраи­вает мать, усиливает у нее чувство безнадежности; естественно, в этом случае занятия с ребенком малоэффективны.

Речь играет главную роль в регуляции поведения. Словесная регуляция поведения у здорового малыша начинает развиваться очень рано, уже в первые 2—3 года жизни. У ребенка с отклоне­ниями в развитии ее формирование значительно задержано. Та­кой ребенок игнорирует речевые обращения и инструкции взросло­го, в связи с чем его деятельность хаотична и не организована.

Здоровый малыш уже в возрасте 7 месяцев поворачивается на голос матери, смотрит ей в глаза, узнает голоса других близких, а к 9 месяцам отвечает действием на словесные инструкции.

Многие дети с отклонениями развития длительное время не реа­гируют на голос матери и тем более на речевую инструкцию. В свя­зи с этим нередко создается впечатление, что ребенок не слышит. Однако специальное обследование выявляет у него сохранность слуха.

Следует иметь в виду, что многие словесные инструкции могут быть просто не понятны ребенку с отклонениями в развитии. Поэто­му мать должна прежде всего научиться правильно давать инструк­ции своему ребенку: говорить громко, четко и твердо, сопровождая вначале свою речь жестом. Все инструкции должны быть макси­мально конкретны и основываться на имеющихся у ребенка знани­ях и представлениях. Выполнение инструкции надо всегда поощрять.

Многие дети с отклонениями в развитии, как правило, очень восприимчивы к ритму, музыке, пантомиме. Поэтому для разви­тия речи очень полезны специальные игры по звукоподражанию. Например, раскачивая малыша на колене, как на лошадке, повто­ряют вместе с ним: «Но-но-но!»; или играют в машину и произно­сят: «Би-би-би».

Однако такие занятия представляют собой лишь подготови­тельный этап к обучению ребенка речи. При обучении речи важно, чтобы ребенок усвоил значение слов. Для детей с отставанием в умственном развитии это обучение должно быть максимально кон­кретным и наглядным. Значения слов такой ребенок может усвоить в том случае, если в процессе называния предмета он видит и ощу­пывает его, производит с ним какие-либо действия. Постепенно ребенок должен научиться понимать назначение предмета, обозна­чаемого определенным словом.

Только после этого конкретно-наглядного этапа обучения у ре­бенка развивают простые обобщения. Например, он учится пони­мать, что слово «чашка» обозначает не только конкретный пред­мет — его собственную чашку, но и любую другую чашку. Он знает, что этот предмет может быть большим, маленьким, легким, тяже­лым, красным, синим, но это все равно чашка, и предназначена она для того, чтобы пить. Затем аналогично формируют обобщающие по­нятия: «посуда», «игрушки», «одежда» и т. п.

Многие дети с отклонениями в развитии имеют неплохую память. Они могут повторять многие услышанные слова, но не понимать их смысла. Ни в коем случае не следует стимулировать и поощрять ребенка к бессмысленному повторению слов.

Дети с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппа­рата нуждаются в особых методах обучения и воспитания. Эти дефекты могут выступать как основные и являются главной при­чиной нарушения психического развития ребенка. Кроме того, они могут сочетаться с умственной отсталостью, а также с описанны­ми выше аномалиями развития. Во всех случаях очень важно, чтобы они были как можно раньше выявлены и ребенок получил бы весь комплекс лечебно-коррекционных мероприятий, а также правиль­ное воспитание в семье.

Воспитание детей со зрительными аномалиями

Нарушения зрения выражаются как в тотальной (слепота), так и неполной (слабовидение) потере зрения, причем в настоящее время число слабовидящих значительно больше, чем тотально сле­пых.

Среди основных клинических форм дефектов зрения у детей отмечается преобладание поражений проводящих нервных путей и корковой зоны зрительного анализатора, а также поражения хру­сталика глаза (катаракта). Среди различных форм преобладают врожденные катаракты, обусловленные наследственными факторами (в частности, обменными заболеваниями), внутриутробными инфек­циями плода. Катаракта бывает и у детей с наследственными фор­мами умственной отсталости, а также у детей, страдающих хро­мосомными заболеваниями, например болезнью Дауна.

Особой формой патологии зрения у детей, нередко приводящей к полной слепоте, является ретролентальная фиброплазия. Она развивается у недоношенных детей, которые длительное время находятся в кюветах вследствие асфиксии. Повышенное содержание кислорода в воздухе приводит к тяжелым изменениям сосудов, сетчатки, а также стекловидного тела. Заболевание можно обна­ружить уже на второй-третьей неделе после рождения путем об­следования глазного дна. Для предупреждения этой формы пато­логии органа зрения акушеры и микропедиатры должны тщательно следить за концентрацией кислорода в воздухе кислородной па­латы.

Слепота и слабовидение часто развиваются при различных аномалиях и заболеваниях зрительного нерва. Наиболее часто пато­логия зрительного нерва является следствием общих заболеваний, особенно центральной нервной системы. В детском возрасте вы­явление заболеваний зрительного нерва, особенно односторонних, затруднено, так как ребенок может не осознавать этого дефекта. Поэтому родителям следует быть особенно внимательными к детям раннего возраста и прежде всего к детям, страдающим гидроцефалией. При прогрессирующей гидроцефалии может развиваться отек зрительного нерва, что при отсутствии лечебных мероприя­тий вызывает его атрофию и приводит к слепоте. Поэтому, если у ребенка имеются признаки прогрессирующей гидроцефалии, если он перенес тяжелую родовую травму, нейроинфекцию или если у него наблюдаются различные деформации черепа типа «башенно­го» черепа, необходимо обследование глазного дна. В таком обсле­довании нуждаются также дети с наследственными заболеваниями нервной системы.

Одной из частых проблем, беспокоящей родителей детей с от­клонениями в развитии, является косоглазие. Оно представляет собой не только недостаток внешности. При косоглазии часто нару­шается зрительное восприятие, а именно бинокулярное зрение, т. е. возможность одновременно воспринимать обоими глазами все особенности предмета. Бинокулярное зрение имеет важное значение в психическом развитии ребенка.

Различают две основные формы косоглазия — содружественное и паралитическое. От истинного косоглазия следует отличать мни­мое, или кажущееся, косоглазие. Ложное впечатление о наличии косоглазия может создаваться, если у ребенка имеет место асим­метрия лица и глазниц. Для разграничения истинного и мнимого косоглазия необходимо обследование врача — невропатолога и окулиста.

Истинное косоглазие часто сочетается со снижением остроты зрения.

Выделяют две формы содружественного косоглазия: сходящееся и расходящееся. Наиболее частой причиной содружественного косоглазия являются поражения центральной нервной системы.

При наличии у ребенка косоглазия необходимо определение остроты зрения каждого глаза и обоих глаз вместе, без коррекции и с коррекцией, обследование глазного дна, а также в ряде слу­чаев требуются и специальные электрофизиологические исследова­ния органа зрения.

В настоящее время разработаны разнообразные методы ле­чения косоглазия, включающие как специальные тренировочные упражнения, назначение очков, так и хирургические методы, а так­же лазерное лечение. Во всех случаях лечение проводится дифференцированно по назначению и под наблюдением врача-окулиста.

Для детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеет гигиена зрения и общее укрепление здоровья начиная с само­го раннего возраста. Родителям следует знать, что любое общее заболевание и в первую очередь детские инфекции (корь, скарла­тина и др.) ослабляют детский организм в целом, в том числе и мышечный аппарат глаз, что способствует появлению косоглазия. Во время этих заболеваний следует избегать зрительной нагруз­ки, не разрешать ребенку рассматривать мелкие предметы, смотреть телевизор.

При наличии у ребенка глазной патологии проводится также комплексное медикаментозное лечение, направленное главным обра­зом на улучшение питания сетчатки и стимулирование ее функции. Применяются комплексы витаминов, АТФ, алоэ, сосудорасширяю­щие и другие препараты.

Для предупреждения тяжелых дефектов зрения, связанных с недоразвитием зрительных центров коры головного мозга, важ­ное значение имеет раннее лечение, включая по показаниям и хи­рургическое, а также комплекс коррекционно-воспитательных меро­приятий, проводимых в семье.

Родителям ребенка, страдающего дефектами зрения, необходимо четко представлять себе характер зрительного нарушения, степень снижения зрения, состояние интеллекта. Естественно, что психи­ческое развитие ребенка протекает различно в зависимости от того, является ли он слепым или слабовидящим, сочетается ли у него зрительный дефект со снижением интеллекта и в какой степени. Во всех случаях психическое развитие протекает неравномерно. С самого раннего возраста необходимо активизировать функциони­рование всех сохранных анализаторов, а также постоянно сти­мулировать остаточное зрение.

Для психического развития ребенка с дефектами зрения решаю­щее значение имеет организация его активной, самостоятельной деятельности, способствующей познанию окружающего мира. Для этого необходимо развитие процессов предметного восприятия на основе двигательно-кинестетических ощущений, речи, памяти, т. е. в основе развития на первом этапе работы лежит комплексный характер восприятия окружающего.

Одной из основных форм общения с маленьким ребенком, имею­щим тяжелые дефекты зрения, является тесный физический кон­такт. Надо чаще брать его на руки, его ручками ощупывать части тела у него самого и у взрослого, тут же называть их, учить его различать отдельные игрушки и предметы обихода на ощупь, одно­временно называя их и объясняя их назначение. Важно научить ребенка различать голоса, шаги, прикосновения близких для него людей, развивать у него эмоциональные привязанности.

Особое значение имеет развитие моторики, ручных игровых действий со звучащими игрушками. Слепого и слабовидящего ре­бенка необходимо специально обучать действиям с предметами и игрушками. Игрушки подбираются с учетом возможности их исполь­зования. В настоящее время разработаны специальные приемы воспитания слепых детей раннего возраста в семье.

Воспитание детей с нарушениями слуха

В особом подходе и методах воспитания нуждаются дети с нару­шениями слуха. Нарушения слуха в детском возрасте являются довольно частым дефектом (примерно 16—17 случаев на 1000 че­ловек населения).

Нарушения слуха в зависимости от поражения различных участ­ков слуховой системы делятся на две группы: кондуктивные, обу­словленные нарушением проведения звука в наружном или среднем ухе, и перцептивные, при которых нарушено восприятие слухового сигнала. Перцептивные нарушения могут быть связаны как с пора­жением внутреннего уха, слухового нерва, его ядер, так и слуховых зон коры головного мозга.

По степени снижения слуха различают глухих и слабослыша­щих детей. К глухим относятся дети с порогом восприятия выше 80 децибелов.

Для нормального психического развития глухого и слабослыша­щего ребенка ведущее значение имеет раннее (желательно в пер­вые месяцы жизни) начало коррекционной работы, направленной на стимуляцию и развитие слухового восприятия, с использова­нием сурдологической техники в сочетании с развитием речи. В обу­чении используется как стимуляция дефектного слухового анализа­тора, так и подключение сохранных: зрительного, тактильного, двигательного. Особое значение придается раннему включению ре­чи в общение ребенка с окружающими, что открывает перед ним возможности участия в коллективных видах деятельности.

Для детей с дефектами слуха очень большое значение имеет правильное семейное воспитание. Родители должны больше разговаривать со своим ребенком, находясь в поле его зрения. Гово­рить следует громко, выразительно, сопровождая речь активной жестикуляцией, привлекая внимание ребенка к артикуляции го­ворящего.

Воспитание детей с моторными нарушениями

В особом подходе нуждаются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Среди них основную группу составляют дети с церебральными параличами.

Детский церебральный паралич обусловлен поражением двига­тельных зон и проводящих путей головного мозга, поэтому у этих детей наряду с двигательными обычно наблюдаются и речедвигательные расстройства, а также отклонения психического развития.

Степень выраженности и характер проявлений двигательных нарушений различны. При одних формах заболевания больше страдают ноги, при других — руки; недостаточность движений мо­жет проявляться на одной стороне тела.

Двигательная недостаточность может быть обусловлена нару­шениями равновесия и координации движений или насильствен­ными движениями — гиперкинезами, которые как бы блокируют возможность выполнения произвольных движений. Некоторые дети с церебральным параличом оказываются не в состоянии овладеть навыками ходьбы, самообслуживания, у других наблюдаются бо­лее легкие формы заболевания. Однако и они, передвигаясь са­мостоятельно, испытывают затруднения в развитии целенаправ­ленных, практических действий.

У многих детей имеется сочетание различных форм двигатель­ных нарушений.

Независимо от степени двигательных дефектов у детей с цере­бральными параличами могут быть нарушения эмоционально-во­левой сферы, поведения, умственного развития. Психическое раз­витие ребенка с церебральным параличом отличается неравно­мерностью: одни психические функции могут развиваться соответ­ственно возрасту, другие — значительно отстают.

Для большинства детей с церебральным параличом характер­но отставание речевого развития. Это связано как с характером самого заболевания, так нередко и с ошибками родителей. Речь развивается только в процессе общения и совместной деятель­ности, а деятельность ребенка с церебральным параличом ограни­чена двигательной недостаточностью. Контакты же со сверстника­ми и окружающими нередко ограничивают сами родители из-за опасения, что малыш может заболеть, а иногда и из-за ложного стыда. Кроме того, если родители стремятся предугадать все же­лания ребенка, они тем самым препятствуют формированию моти­вации к речевому общению.

Важное значение для развития речи у ребенка имеет овладе­ние ходьбой и манипулятивной деятельностью. Неправильное И за­поздалое формирование этих функций у детей с церебральным па­раличом также является одной из причин позднего развития у них речи.

Кроме того, нарушения слуха, которые наиболее характерны для детей с насильственными движениями, также определяют на­рушения речевого развития.

Ранняя стимуляция речевого развития при ДЦП

У детей с церебральными параличами отставание в развитии речевого общения часто является следствием нарушений речевой моторики. К этим нарушениям относятся ограниченная подвиж­ность мышц языка и губ, насильственные движения, затрудняю­щие звукопроизношение, расстройства дыхания и голосообразования. У многих детей с церебральным параличом рот полуоткрыт, усилено слюнотечение, наблюдаются затруднения при жевании, иногда при кусании, глотании, питье из чашки и т. п.

Нарушения звукопроизношения усиливаются за счет общих двигательных расстройств. Так, при ярко выраженных насиль­ственных движениях в конечностях усугубляются насильственные движения в мышцах лица и языка, голосового и дыхательного аппарата. При общем повышении мышечного тонуса возникает и напряжение мышц речевого аппарата.

Стимуляция речевого развития у детей раннего возраста с це­ребральным параличом имеет специфические особенности. Прежде всего она тесно взаимосвязана с развитием предметной и игровой деятельности. Ребенка учат умению манипулировать предметами и игрушками, поскольку овладение действиями стимулирует и пред­варяет усвоение значений слов. При проведении этих занятий осо­бенно важен учет двигательных возможностей ребенка. Перед про­ведением игр-занятий ребенку делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, активизируют внимание, восприятие и произнесение доступных ему звуков, звукосочетаний или простых слов. Массаж и артикуляционная гимнастика зависят от характе­ра поражения артикуляционной моторики. По особенностям их проведения родителям следует получить консультацию у детского невропатолога или логопеда.

Далее мать показывает малышу игрушки, выполняет с ними определенные действия, сопровождая их слонами и предложе­ниями. Затем она подключает к игре ребенка и играет вместе с ним, обучая его при этом различным умениям: надевать и снимать коль­ца с пирамиды, строить дома из кубиков и других деталей, катать шарики и складывать их в коробки, раскладывать предметы по цвету и т. п.

Взрослый показывает и кратко комментирует свои действия. Таким образом у ребенка накапливаются речевые впечатления и развивается способность подражать действиям и речи окружаю­щих. Не следует принуждать к речи и торопить с ответом детей, особенно находящихся на начальных этапах речевого развития. Инструкции типа «скажи», «повтори» могут вызвать у них повы­шение мышечного тонуса, усиление насильственных движений, что резко затруднит произвольное подключение голоса. В дальнейшем это может способствовать выработке негативизма и возникновению страха речевого общения. Поэтому детей с церебральными параличами побуждают к речи другими приемами. Можно, напри­мер, повторять за ребенком только что произнесенные им звуки или вести односторонний «диалог», во время которого взрослый спрашивает и сам отвечает на заданные вопросы.

Поощряя любые звуковые реакции, взрослые не должны повто­рять за ребенком аморфные слова-корни или искаженные и сокра­щенные слова. Дети должны слышать только правильно произно­симые слова и предложения.

Стимуляции речевого развития способствует звукоподражание. Поскольку период лепета у детей с церебральными параличами час­то рудиментарен или вовсе отсутствует, полезно использовать лепетные звуки и так называемую вокальную игру, которые целе­сообразно сопровождать определенным музыкальным ритмом. Это способствует мышечному расслаблению и координации дыхания, фонации и артикуляции.

Важное значение для стимуляции речевого развития имеют занятия по формированию речевого слуха, звуковысотного и фоне­матического внимания, восприятия темпа и ритма речи. Развивая звуковысотный слух, малыша учат дифференцировать вариации голоса взрослого по высоте в соответствии с эмоциональной окрас­кой речи. Это достигается выразительным чтением сказок по ро­лям.

Для развития слухового внимания проводят специальные игры: «Угадай, что звучит», «Чей это голос?», «Откуда слышится звук?». Ребенок должен сосредоточить свой взгляд на издающих те или иные звуки игрушках. Одновременно со взрослым он произносит звуки, слова, изменяет голос по высоте и тембру, регулирует гром­кость голоса и темп речи.

В дошкольном возрасте стимуляция речевого развития направ­лена на расширение словаря и развитие грамматического строя речи. Детей ежедневно знакомят с новыми предметами, их словес­ными обозначениями, и полученные представления закрепляют в процессе игровой деятельности. Занятия по развитию речи про­водят поэтапно. В их основе лежит обучение составлению различ­ных видов предложений с постепенным усложнением их синтакси­ческой структуры. С ребенком постоянно разговаривают о том, что он видит в данный момент. Если он говорит неправильно, его не перебивают и не поправляют. Взрослый лишь повторяет эти сло­ва несколько раз правильно и таким образом побуждает ребен­ка к подражанию. Полезны также специальные игры-занятия, во время которых взрослый просит ребенка называть предметы, дей­ствия и изображения на картинках.

Малыша следует также научить специальным приемам сенсор­ного обследования предметов с обязательным подключением дви­жений, т. е. ребенок должен ощупывать предмет и узнавать его на ощупь, особенно пораженной рукой. Одновременно вводятся слова, обозначающие качества предмета. Для их освоения ребен­ка учат сравнивать предметы, противоположные по свойствам, например тяжелый с легким, твердый с мягким и т. п. Следует помнить, что качества и свойства предметов только тогда приоб­ретут для ребенка определенную значимость, когда они будут вклю­чены в результативную практическую деятельность и игру.

Для закрепления и активизации словаря важное значение имеют игры-упражнения по описанию предметов, отгадыванию за­гадок, различные дидактические игры, а также повседневное обще­ние с ребенком.

Общие направления стимуляции речевого развития детей с це­ребральными параличами должны быть индивидуализированы с учетом формы и тяжести заболевания, структуры речевого дефек­та, состояния интеллекта, возраста. Однако во всех случаях при проведении специальных игровых занятий важное значение имеет поза ребенка. Ребенок должен находиться в той позе, которая в наи­большей степени способствует мышечному расслаблению, уменьше­нию насильственных движений. При выборе правильной позы сле­дует прежде всего обращать внимание на положение головы: она не должна быть повернута в сторону, опущена на грудь или под­нята вверх и откинута назад. Если ребенок не вполне способен контролировать положение головы, применяют специальные при­способления, прикрепленные к спинке стула. Кроме того, ребенку следует тщательно подобрать стул по высоте и ширине таким обра­зом, чтобы стопы полностью опирались на опору, а также ширину сидения. Если у ребенка слабы мышцы спины и формируется су­тулость, то ему под спину подкладывают плотную подушечку, а спереди придвигают стол, в котором имеется специальная выем­ка для опоры на руки. Во всех случаях надо следить за тем, чтобы поза ребенка была симметричной.

Воспитание ребенка с нарушениями общения

Ребенок, активно уклоняющийся от общения с окружающими, должен быть обследован врачом-психиатром и детским психологом. Таким путем будет уточнен диагноз, при необходимости назначе­но лечение и даны рекомендации родителям по коррекционной работе с малышом. Нарушения общения у детей могут возникать по разным причинам. В особом подходе нуждаются дети с ран­ним детским аутизмом, который в ряде случаев может сочетать­ся с органическим повреждением центральной нервной системы, а также иметь место при умственной отсталости, особенно при синд­роме ломкой Х-хромосомы, некоторых формах детского церебраль­ного паралича, при врожденных обменных заболеваниях (напри­мер, фенилкетонурии), при сенсорных дефектах и др.

При воспитании аутичного ребенка в семье надо стремиться ус­тановить с ним взаимодействие, развивать у него предпосылки для бытовой и социальной адаптации — навыки опрятности, самообслу­живания, речевого общения, стимулировать у него психическую активность и целенаправленность поведения. При этом одновремен­но важно преодолевать целый ряд болезненных форм его поведения, таких, как негативизм, аффективная возбудимость, расторможенность влечений, агрессивность, страхи и т. п.

Одной из характерных особенностей детей с аутизмом является преобладание у них стереотипных форм движений, речи и поведения. Правильно используя эти стереотипы и насыщая их эмоциональ­ным взаимодействием с ребенком, можно добиться положительно­го эффекта в аспекте бытовой и социальной адаптации, т. е. научить его соблюдать порядок, режим дня, освоить бытовые и трудовые навыки.

При работе с возбужденными детьми широко используется музыкальная терапия. Спокойная, мелодичная музыка и пение успо­каивают ребенка, создают у него положительный эмоциональный настрой, активизируют его деятельность.

При проведении занятий с аутичным ребенком родителям сле­дует иметь в виду его выраженную психическую пресыщаемость, т. е. невозможность целенаправленно заниматься каким-либо ви­дом деятельности по инструкции взрослого. В тяжелых случаях внимание ребенка удается привлечь лишь на несколько секунд. Эти и другие особенности аутичных детей требуют от родителей большой выдержки и терпения. Большинство детей с аутизмом нуждаются также в специальном медикаментозном лечении и наблю­дении у детского психиатра.

Родителям следует иметь в виду, что неконтактность ребенка может иметь множество различных причин и наблюдаться не только у детей с аутизмом. В каждом конкретном случае используются те или иные воспитательные приемы. Иногда неконтактность является единственной особенностью ребенка, отличающей его от сверстни­ков. В этих случаях малая общительность может быть проявлением индивидуального психического склада малыша. Контакты такого ребенка очень избирательны и определяются направленностью его интересов. Родителям мягко и неназойливо следует использовать избирательные интересы ребенка для расширения его контактов со сверстниками.

Причиной неконтактности ребенка может быть психотравмирующая обстановка в семье, которая часто имеет место при распаде семьи, противоречивом подходе к воспитанию ребенка, при алкого­лизме родителей, а также при эмоциональном стрессе у матери, возникшем в связи с рождением больного ребенка.

Эти нарушения общения у ребенка имеют вторичный — реак­тивный характер. Если психотравмирующая ситуация является затяжной, то и стремление уйти от общения со сверстниками и взрос­лыми приобретает более стойкий характер, постепенно становится личностной особенностью ребенка. Тяжелые переживания форми­руют у ребенка внутренний конфликт, который и обусловливает нарушения общения: ребенок становится замкнутым, у него наблюдается стойко пониженный фон настроения, он часто плачет, плохо спит, у него снижен аппетит. Иногда такой ребенок становится легковозбудимым, двигательно расторможенным, агрессивным по отношению к некоторым членам семьи или сверстникам. У него легко возникают различные невротические проявления: тики, ночное, а часто и дневное недержание мочи, страхи.

У таких детей иногда наблюдается мутизм — отказ от речевого общения. Это может быть протест против конфликтной ситуации в семье или против поступления в детское учреждение. Бывают слу­чаи, когда ребенок не хочет разговаривать с определенными лицами.

Родителям важно помнить, что мутизм может возникнуть у ребен­ка с трудностями звукопроизношения, которого принуждают к речи, постоянно поправляют, заставляют говорить правильно. Это особенно часто наблюдается у детей с врожденной повышенной реактивностью центральной нервной системы — у детей с невропатией или врожденной детской нервностью. При воспитании такого ребенка родителям следует постоянно учитывать чрезмерную чувствительность, тревожность, пугливость ребенка. Следует иметь в виду, что эта повышенная чувствительность у ребенка с органи­ческим поражением ЦНС всегда сочетается с ригидностью (не­гибкостью) нервных процессов. Поэтому любой отрицательный опыт общения фиксируется, и ребенок может длительно избегать общения со сверстниками, в результате чего он оказывается вне детского коллектива.

Одной из причин нарушений общения у детей с отклонениями в развитии может быть изначальная установка родителей на изоля­цию ребенка от коллектива здоровых сверстников. Поэтому важно, чтобы родители всячески расширяли круг общения ребенка.

Правильное воспитание ребенка с отклонениями в развитии в семье возможно только в том случае, если родителям, особенно матери, удается сохранить душевное равновесие. Только такая мать становится активным помощником своему малышу. Она старается как можно лучше понять проблемы своего ребенка, внимательно прислушивается к советам специалистов. Такая мать часто ведет дневник наблюдений за своим ребенком. Ведение дневника очень важно не только для родителей, но и для специалистов, наблюдаю­щих ребенка.

Необходимым условием правильного воспитания и наиболее благоприятного развития больного ребенка является адекватное отношение близких к его состоянию. Поэтому родители, имеющие детей с отклонениями в психическом развитии, нуждаются в квали­фицированной помощи специалистов, моральной поддержке окру­жающих.

Для развития здорового и особенно больного ребенка большое значение имеет его общение с матерью, в ходе которого у ребенка формируется эмоционально-коммуникативное поведение, имеющее важное значение для всего дальнейшего психического развития.

Стресс матери, возникающий при рождении больного ребенка, мешает установлению нормальных взаимоотношений со своим малы­шом. Такая мать скована, напряжена, она редко улыбается, крайне непоследовательна и неровна в обращении с малышом. В результате ребенок растет нервным, возбудимым, у него в еще большей степени проявляется отставание в развитии, особенно задержано развитие речи. В дальнейшем у него нередко наблюдаются выра­женные нарушения общения и поведения. Поэтому очень важно, чтобы мать с помощью специалистов — врача и психолога — смогла бы преодолеть свое стрессовое состояние и стать активным участни­ком проведения коррекционной работы со своим ребенком.

Для того чтобы родители могли помочь своему больному ребенку максимально, важно, чтобы они не замыкались в своем горе, а, оставаясь активными членами общества, постепенно вводили в него малыша, постоянно расширяли его контакты с окружающим миром. Важно, чтобы больной ребенок не чувствовал своей исключительности или обделенности. Также необходимо, чтобы и мать не чувствовала себя виноватой или неполноценной, оставалась привлекательной и общительной, сохраняла свои инте­ресы и увлечения, знакомых и друзей. Ни в коем случае не должны быть ущемлены и интересы здоровых братьев и сестер больного ребенка. Нередко здоровому ребенку в таких семьях уделяют мало внимания, требуют, чтобы он всегда уступал больному, не жаловался на его неадекватные поступки. Все это неблагоприятно отражается на развитии личности как больного, так и здорового ребенка, а также на психологическом климате семьи.

Совершенно недопустима и раздражительность взрослых по отношению к больному ребенку. Нельзя допускать, чтобы родители по пустякам кричали на ребенка, несправедливо наказывали его, ставя в пример здорового брата или сестру, не учитывая при этом ограниченные возможности больного малыша.

При воспитании ребенка с отклонениями в развитии очень важно своевременно развивать у него навыки самообслуживания, включать его в жизнедеятельность семьи. К сожалению, часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда родители, потрясенные горем, ста­раются оградить больного ребенка от всех трудностей, удовлетво­ряют любые прихоти. Это оказывает крайне неблагоприятное влияние на его психическое, и прежде всего личностное, развитие. Такой ребенок часто становится деспотом, и контакт его с окружаю­щим миром еще более нарушается.

Родители больного ребенка должны быть в своей семье психо­терапевтами. Особенно это относится к семьям, в которых имеются дети с церебральным параличом, ранним детским аутизмом, синдромом Ретта, эпилепсией, сложным дефектом, выраженными формами умственной отсталости. Специалисты объясняют родите­лям, как ухаживать за ребенком и проводить с ним коррекционные упражнения. Создать нормальную психологическую обстановку в каждой семье, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, помогает объединение родителей в ассоциации. В настоящее время во всем мире, в том числе и в нашей стране, расширяется сеть ассоциаций родителей детей с отклонениями в развитии.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии — нелегкая задача. Очень важно, чтобы родители и окружающие относились к нему естественно, каков бы ни был у него дефект.

Известно, что душевное состояние ребенка зависит от его отно­шения к своему дефекту, а не от тяжести самого нервно-психического заболевания, обуславливающего отклонения в развитии. Поэтому главным условием, при котором ребенок с нарушениями развития вырастает общительным и счастливым,— это прежде всего правиль­ное отношение к нему родителей. Если родители получают радость от общения со своим ребенком и любят его таким, какой он есть, не проявляют излишнего беспокойства, чрезмерно не суетятся вокруг него, не критикуют его, не стесняются его внешнего вида и под­держивают его общение с другими детьми, он вырастает уравнове­шенным, общительным и ему будет легче адаптироваться в коллективе здоровых сверстников. Особенно это относится к детям с физическими недостатками, и прежде всего с церебральным параличом. Жалость и чрезмерная опека родителями этих детей в значительной степени утяжеляет их дальнейшую социальную адаптацию.

Следует также иметь в виду, что все дети с отклонениями в развитии нуждаются в систематическом наблюдении врача (дет­ского психоневролога). Желательно, чтобы ребенок находился под наблюдением одного врача, который знает динамику его развития и поэтому лучше понимает его проблемы. Родителям важно помнить, что постановка диагноза заболеваний, описанных в данном пособии, является только компетенцией врача, кроме того, все семьи, имеющие ребенка с отклонениями в развитии, нуждаются в медико-генети­ческом консультировании, что обезопасит их семью от повторного несчастья. При этом родителям следует иметь в виду, что полученная ими информация о генетическом риске никогда не бывает абсолют­ной. Важно, чтобы родители правильно понимали сообщаемую им информацию. Во всех случаях окончательное решение они принимают сами.

В последние годы расширились возможности внутриутробной диагностики многих наследственных заболеваний, при которых имеют место различные отклонения в развитии. Это позволяет получить достаточно достоверные данные о состоянии плода. Среди методов дородовой диагностики в настоящее время наиболее широкое применение получило ультразвуковое исследование плода и амниоцентез. Амниоцентез показан при риске рождения ребенка с тяжелой патологией. Этот риск устанавливается в медико-генетической консультации.

Существуют и другие методы дородовой диагностики аномалий развития, применение которых способствует предупреждению тяже­лых врожденных дефектов и пороков развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы представили читателям многообразие проявлений откло­нений развития у детей раннего возраста, а также показали, как с учетом возрастных закономерностей психического развития здо­рового ребенка можно рано выявить не только тяжелые, но даже нерезко выраженные нарушения.

Знание основных форм аномального развития поможет роди­телям и специалистам понять особенности отклонений в развитии каждого ребенка и максимально помочь ему.

В качестве иллюстраций мы представили некоторые мало изучен­ные, так называемые синдромальные формы умственной отсталости и сложные дефекты. До последнего времени дети с такими заболе­ваниями, как правило, рассматривались как необучаемые инвалиды, и родителям в основном рекомендовалось помещать их в учреж­дения социального обеспечения. Однако наш опыт работы с этими детьми показывает положительную роль ранней коррекционной ра­боты с ними, особенно в тех случаях, когда активным участником этой работы становится мать, хорошо ориентирующаяся в проблемах своего малыша. Эта работа особенно эффективна при раннем вы­явлении этих заболеваний. Кроме того, их ранняя диагностика имеет важное значение для целенаправленного медико-генетиче­ского консультирования семьи. Успех всей медико-коррекционной работы с ребенком, имеющим отклонения в развитии, зависит от правильного подхода к нему в семье. При этом важно учитывать специфику аномального развития и медицинский диагноз. Особое внимание мы обращаем на роль правильно организованного эмо­ционального взаимодействия матери с ребенком, а также на стиму­ляцию его психического развития. Помощь ребенку с отклонениями в развитии — это не только лечение и работа специалистов (лого­педа, методиста лечебной физкультуры, массажиста, дефектолога), но это прежде всего огромный повседневный труд родителей, освя­щенный их любовью и наполненный повседневными занятиями.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Бадалян Л. О. Детская неврология.—М.: Медицина, 1975.— 415 с.

Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Всеволжская Н. М. Ру­ководство по неврологии раннего детского возраста.— Киев:

Здоровье, 1980.—525 с.

Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Т и м о н и н а О. В. Детский церебральный паралич.—Киев: Здоровье, 1988.—328 с.

Власенко И. Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи.—М.:Педагогика, 1990.— 186 с.

Гаврилушкина О. П., Соколова Н. Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников.—М.: Просве­щение, 1985.— 72 с.

Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К. С. Лебе­динская, О. С. Никольская, Е. В. Баенская и др.—М.: Про­свещение, 1989.— 95 с.

Жукова Н. С., МастюковаЕ. М., Филичева Т. Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников.— М.: Просвещение, 1990.—239 с.

Журба Л. Т., МастюковаЕ. М. Нарушения психомотор­ного развития детей первого года жизни.— М.: Медицина, 1981.—270 с.

Каган В. Е. Аутизм у детей.—Л.: Медицина, 1981.—203 с.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей.—М.: Педагогика, 1989.— 100 с.

Маринчева Г. С., Гаврилов В. И. Умственная отсталость при наследственных болезнях.—М.: Медицина, 1988.— 256 с.

Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом.— М.: Просвещение, 1985.— 190 с.

Певзнер М. С., Ростягайлова Л. И., Мастюкова Е. М. Психическое развитие детей с нарушениями умственной ра­ботоспособности: (Вариант гидроцефалии.—М.: Педаго­гика, 1982.— 104 с.

Солнцева Л. И., Хорош С. М. Советы родителям по воспи­танию слепых детей раннего возраста.—М.: Об-во слепых, 1988.—67 с.

Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1965.—Т. 3.—335 с.

Коррекционно–развивающие технологии в системе работы учителя с детьми с ОВЗ

При обучении детей с ОВЗ одним из самых важных условий для педагога является понимание того, что эти дети не являются ущербными по сравнению с другими, но, тем не менее, эти дети нуждаются в особенном индивидуальном подходе, в реализации своих потенциальных возможностей и создании условий для развития. Ключевым моментом этой ситуации является то, что дети с ОВЗ не приспосабливаются к правилам и условиям общества, а включаются в жизнь на своих собственных условиях, которые общество принимает и учитывает.

**З**адача педагогов состоит в том, чтобы создать такую модель обучения детей с ОВЗ, в процессе которой у каждого обучающегося появился механизм компенсации имеющегося дефекта, на основе чего станет возможной его интеграция в современное общество. Система коррекционно-развивающего обучения направлена на разностороннее развитие личности учащихся, способствует их умственному развитию.

Системное внедрение практики интегрированного образования происходит в России крайне медленно и неравномерно. Отдельные регионы (Москва, Самара, Архангельск) значительно продвинулись в решении этого вопроса, в других эта практика только складывается

Воспитание и образование детей с ОВЗ предполагает совместную жизнь всех воспитанников в стенах образовательного учреждения, организованную как часть жизни граждан нашего общества. А также предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для получения образования в пределах специальных образовательных стандартов, лечение и оздоровление, воспитание, коррекцию нарушений развития, социальную адаптацию.

Коррекционная программа предусматривает создание специальных условий обучения и воспитания, позволяющих учитывать особые образовательные потребности детей с ограниченными возможностями здоровья посредством индивидуализации образовательного процесса.

Одним из условий правильной организации воспитательного процесса является знание сложной структуры дефекта и понимание того, что отклонения в развитии, названные первичным дефектом, поддаются исправлению, коррекции. Поэтому возникает необходимость глубокого изучения особенностей детей. Знание их позволяет выделить педагогические и коррекционные задачи воспитания, решаемые в органическом единстве. В этом состоит главная особенность воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья

Такими средствами являются: коррекционно-развивающие игры и упражнения, создание положительных эмоциональных ситуаций, яркие наглядные пособия, занимательность. Учить играя,- оспаривать эту заповедь не станет никто. Дети с удовольствием выполняют предложенные игровые задания. Игра ставит их в условия поиска, пробуждает интерес к победе, а отсюда стремление быть быстрым, собранным, ловким, находчивым, уметь четко выполнять задания, соблюдать правила игры. Именно интерес двигает поиском, догадкой. Под влиянием познавательного интереса деятельность становится продуктивней.

Использование компьютерных средств позволяет значительно повысить мотивационную готовность детей с ОВЗ к проведению коррекционных занятий, видов деятельности, самоподготовки путем моделирования коррекционно-развивающей компьютерной среды. Общение с компьютером вызывает у учеников коррекционной школы интерес - сначала как игровая, а затем и как учебно-воспитательная деятельность.

В этом случае применение компьютерных технологий становится особенно целесообразным, так как предоставляет информацию в привлекательной форме, что не только ускоряет запоминание, но и делает его осмысленным и долговременным.

Проблема состоит в поисках необходимых средств, учете возрастных, личностных, а в случае патологии и клинических особенностей детей. Эта область относится к знаниями в области детской психотерапии. Полезны в этом отношении труды В. Е. Рожнова, Б. 3. Драпкина, В. Л. Леей, М. И. Буянова, А. И. Захарова. Эти и другие авторы разработали и внедрили в практику различные виды психотерапии. Применительно к детям старшего дошкольного возраста задача психотерапии состоит в формировании у них осознанного отношения к своим болезненным переживаниям, в привлечении их к борьбе со своими недостатками. Конечная цель процесса психотерапии — помочь ребенку встать над ситуацией, научить его приспосабливаться к действительности и преодолевать психотравмирующие воздействия.  В дошкольном и младшем школьном возрасте основной формой психотерапевтического воздействия является игровая деятельность. Она используется в качестве самостоятельной методики, а также в сочетании с другими методами. Игра — средство устранения всевозможных страхов, коррекции неблагоприятных черт характера, перестройки отношений между ребенком и его ближайшим социальным окружением, устранения невротических форм заикания и т. д.

**Игровая психотерапия** занимает большое место при работе **детьми-аутистами**. На начальных этапах коррекционной работы она направлена на снижение уровня тревоги и страхов, в дальнейшем — на смягчение агрессивных тенденции путем введения элементов психодрамы. Совместное проигрывание сюжета с посменным усилением положительных эмоций способствует снятию эффективного напряжения, связанного со страхом (К. С. Лебединская, О. С. Никольская). Именно сюжетно-ролевая игра может способствовать постепенному формированию у ребенка положительного отношения к реальной жизни, в том числе и обучению в школе ,что, в свою очередь, будет стимулировать развитие у него интереса к учению .

 Зарубежный опыт использования игровой терапии применительно к детям, испытывающим трудности в обучении, также говорит о том, что проведение игр, в частности игр-драматизаций, способствует росту творческих и интеллектуальных способностей ребенка (улучшает процесс обобщения, приобретения новых знаний и понятий), а также накоплению определенных социальных навыков, позволяющих ребенку успешно приспосабливаться к действительности.

При планировании коррекционных мероприятий необходимо учитывать и материально-техническое обеспечение как один из неотъемлемых компонентов при создании инклюзивного образовательного пространства. Особенно это важно для детей с нарушениями слуха и зрения, где используются технические средства обучения, в то время как для детей с различными расстройствами аутистического спектра ТСО не будут иметь такого превалирующего значения. Для них «центр тяжести» специальных условий будет сдвигаться на наличие специальным образом подготовленных сопровождающих (тьюторов) и другие организационно-педагогические условия. А для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата на первый план помимо создания безбарьерной архитектурной среды, как важнейшего для них условия организации образовательных условий, выходит особенности построения программно-методического обеспечения, в частности, организация педагогического процесса в соответствии с деятельностными возможностями ребенка-инвалида вследствие ДЦП.

Учитывается и природосообразность образовательных задач и методов. Она предполагает развитие различных сторон психики ребенка в соответствии с логикой нормативного онтогенеза и гармоничности в развитии психических сфер, с одновременным учетом особенностей ребенка, а не слепое следование общей логики обучения и, тем более, имеющимся на настоящий момент стандартам образования. (Так заниматься развитием мелкой моторики ребенка с синдромом Дауна вне связи с общим контекстом развития, как общей моторики, так и его компетенций в отношении собственного тела, его аффективной составляющей, межсенсорного взаимодействия, крайне малоэффективно).

Следующим приоритетом следует считать развитие коммуникативных компетенций, умений взаимодействовать с другими людьми, в том числе и на невербальном уровне, здесь речь идет и об умении считывать контексты взаимодействия, контексты конкретных ситуаций. Эти проблемы отчасти могут решаться путем развития регуляторной сферы, как основы построения любой деятельности. (Хорошо известно, как трудно ребенку, скажем второго года жизни, ждать своей очереди в игре, слушать, когда говорит другой ребенок, но именно созревание и развитие регуляторных процессов позволяет развиваться собственно «диалоговости» взаимодействия);

Программа формирования нейропсихологического пространства проблемного ребенка

Есть известные различия в понимании модели интегрированного и инклюзивного образования. Как интегрированное, так и инклюзивное образование предполагает совместное обучение детей с ОВЗ и нормально развивающихся. Но в условиях интеграции дети с проблемами в развитии должны приспособиться к системе обучения в обычной школе. При инклюзивном обучении создаются равные условия для всех детей, т. е. не ребенок с ОВЗ приспосабливается к школе, а система идет навстречу ребенку с проблемами в развитии. Однако следует понимать, что модель инклюзивного обучения не может способствовать эффективному включению в общеобразовательный процесс, например,   
школьников с недоразвитием интеллекта, прежде всего потому, что эти дети не получают цензовое образование, а значит, не могут обучаться по программе массовой школы. Кроме того, общеобразовательная школа не может обеспечить таким учащимся необходимое медико-психолого-педагогическое сопровождение, охранительные условия организации жизнедеятельности, коррекцию нарушений в развитии.   
Одним из важнейших условий реализации инклюзивного образования является реализация индивидуальной образовательной программы учащегося (ИОП).   
Несомненным достоинством использования ИОП в обучении школьников с ОВЗ является обеспечение вариативности образования, выбора собственного образовательного маршрута в соответствии с профессиональными намерениями, интересами, индивидуальными особенностями развития каждого ребенка.    
Между тем существует целый комплекс проблем, препятствующих организации инклюзивного обучения в современной школе.   
В первую очередь это связано с тем, что общеобразовательная школа ориентирована на детей, способных развиваться в темпе, предусмотренном общеобразовательной программой. В связи с этим необходимо создание адекватных моделей и технологий психолого-педагогического сопровождения инклюзивного процесса, которые позволят сделать его максимально пластичным и адаптивным.   
Кроме того, педагоги общеобразовательной школы организационно и методически не готовы к осуществлению совместного обучения детей. Следует отметить практически полное отсутствие учебно-методических и дидактических средств, позволяющих реализовать разноуровневое обучение детей, решить задачи коррекционно-развивающего обучения. **Педагог оказывается обезоруженным, он не имеет в своем арсенале методических и дидактических разработок, технологий, адекватных задачам инклюзивного обучения.**Наконец, без мощной финансовой поддержки инклюзия в образовании долго не просуществует. В общеобразовательной школе инклюзивное образование детей с проблемами развития требует существенных дополнительных финансовых вложений (улучшения материальных условий за счет уменьшения числа учащихся, приходящихся на одного учителя, развития материальнотехнической базы и т. д.). Речь идет, по сути, о выстраивании параллельной и сертифицированной системы специального образования в структуре массовой образовательной системы — так, как это происходит в цивилизованных странах мира [4].   
Одним из вариантов качественно нового взаимодействия между общим и специальным образованием, учитывающим как методологию коррекционно-развивающего обучения, так и идеи «открытого» обучения, может стать модель сетевого взаимодействия образовательных институтов, которая, однако, не означает упразднения сети специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Более того, специальные учреждения должны принимать активное участие в образовании и воспитании той части учащихся, которая будет находиться в условиях полной интеграции   
или инклюзии. Такие учащиеся смогут получать квалифицированную коррекционную помощь через практическое взаимодействие педагогов массового и специального образования в учреждениях нового типа (опорно-методическая площадка,   
действующая в целях распространения методического опыта по специальному (коррекционному) образованию, центр сопровождения интегрируемого ребенка на базе психолого-медико-педагогической комиссии, сетевой ресурсный центр и др.).   
Сетевое психолого-педагогическое сопровождение учащегося с ограниченными возможностями здоровья рассматривается как комплексная технология поддержки и помощи ребенку и родителям в социализации, осуществляемой скоординированно действующими специалистами разного профиля. Одним из элементов данной технологии является организация дистанционных форм взаимодействия в обучении детей с ограниченными возможностями здоровья.   
Внедрение сетевого взаимодействия образовательных учреждений будет способствовать реализации комплекса важнейших социально-педагогических задач: формированию толерантных взаимоотношений между участниками образовательного процесса, коррекции недостатков психофизического развития обучающихся — и сделает в целом более эффективным процесс социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.   
Таким образом, одним из оснований для определения стратеги-   
ческих и тактических перспектив развития как всей системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья, так и отдельных ее отраслей является концепция коррекционного обучения в обобщенном, и инвариантном видах. Вероятно, эффективным интегрированное/инклюзивное обучение может быть при условии соответствующего реформирования массовой системы образования под целевые установки и технологические характеристики коррекционно-развивающего обучения.   
Литература   
1. Борякова, Н. Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Н. Ю. Борякова. — М. : Астрель, 2008.   
2. Ильина, С. Ю. Использование личностно-ориентированных технологий в обучении русскому языку детей с интеллектуальной недостаточностью / С. Ю. Ильина, А. С. Чижова // Специальное образование. — 2013. — № 2 (30).   
3. Малофеев, Н. Н. Базовые модели интегрированного обучения / Н. Н. Ма-лофеев, Н. Д. Шматко // Дефектология. — 2008. — № 1.   
4. Назарова, Н. М. Интегрированное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www. mgpu.ru/article.php7article = 129.   
5. Назарова, Н. М. Специальная педагогика / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипова, Л. И. Белякова и др. ; под ред. Н. М. Назаровой. — М. : Академия, 2000.   
6. Шевченко, С. Г. Вариативные формы образования детей с трудностями обучения в массовых школах /   
С. Г. Шевченко // Дефектология. — 1995. — № 1.

современными коррекционно - развивающимися технологиями, которые направлены на развитие и коррекцию психических и физических недостатков детей с ОВЗ, и способствующих усвоению знаний, умений и навыков, необходимых для повышения их жизненной компетентности, и использовать их в своей деятельности.

1. Технология проблемного обучения.

**О**на направлена на развитие всесторонне гармонической личности ребенка и подготовку хорошей образовательной базы. На уроках во время беседы я ставлю перед детьми проблемную задачу, а затем ряд последовательных взаимосвязанных вопросов, ответы на которые ведут к решению задачи.

Обучающиеся пытаются решить поставленную перед ними проблемную задачу самостоятельно. Если есть сложности, я всегда стараюсь оказать детям коррекционную помощь, давая план действий, подсказывая отдельные шаги при затруднениях, создавая ситуацию успеха на уроке.

Иногда уроки могут быть целиком посвящены решению какой-либо одной проблемной задачи. Но чаще всего на своих уроках я обычно стараюсь сочетать традиционное обучение с элементами проблемности, с включением отдельных проблемных задач. При этом в общую систему творческой поисковой деятельности школьников включают знания, получаемые ими и в готовом виде - из изложения учителя, текста учебника и т.д.**[1]**

1. Информационные компьютерные технологии

**В**недрение современных компьютерных технологий в школьную практику позволяет сделать работу учителя при проведении индивидуальных коррекционных занятий более продуктивной и эффективной.

**П**ри подборе игры или задания для коррекционных занятий учитываю тип нервной системы, интересы и склонности ребенка.

**С**огласно принципу систематичности и последовательности обучения, постепенно увеличиваю уровень сложности игры или задания, которые определяю строго индивидуально для каждого ребёнка. **[2]**

**6.** Песочная терапия

**О**животворение абстрактных символов: букв, цифр, геометрических фигур, миниатюрных фигурок и природных материалов.

**7.** Игротерапия

**Д**ля детей с ОВЗ используются игры с пуговицами.

**8.**Сказочная куклотерапия.

**Б**лагодаря куклотерапии создается особая "терапевтическая" среда, стимулирующая развитие личности ребенка, а также укрепляется союз с педагогом.

**И**спользуя разнообразные коррекционно-развивающие технологии, педагоги смогут помочь детям преодолеть трудности в освоении основной образовательной программы.

**[1]**Левитас Д.Г. Практика обучения: современные образовательные технологии: книга для учителя. Мурманск. 2008 г.

**[2]**   Рыбъякова О.В. Информационные технологии на уроках. Волгоград. 2008 г.

**[3]**Науменко Ю.В. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. Москва.

* Издательство «Глобус» , 2010 г.

**Литература:**

1. Левитас Д.Г. Практика обучения: современные образовательные технологии: книга для учителя. Мурманск. 2008 г.
2. Науменко Ю.В. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. Москва.
3. Издательство «Глобус» , 2010 г.
4. Рыбъякова О.В. Информационные технологии на уроках. Волгоград. 2008 г

**Индивидуальная коррекционно-развивающая программа**

**Индивидуальная коррекционно-развивающая программа** должна содержать такие задачи, решение которых доступно ребенку в ближайшее время, а также указание на методы и приемы, которые позволят ему добиться успеха.

**Примерное содержание индивидуальной адаптационной программы (направления и формы работы):**

1. **Намеченные пути поддержки и коррекции выявленной проблемы:**
   * нормализация эмоционального поведения: создание атмосферы безопасности;
   * стимулирование положительных эмоций; актуализация эмоционального общения с воспитателями;
   * знакомство с обстановкой группы;
   * знакомство с воспитателями, работающими в группе;
   * вовлечение ребенка в самую простую и доступную игру; привлечение внимания ребенка к интересным и красочным пособиям, игрушкам; стимулирование желания поиграть вместе со взрослым;
   * установление доверительных отношений со взрослыми, в результате чего должна сформироваться заместительная привязанность;
   * вовлечение ребенка в игровую ситуацию с участием других воспитанников в целях нормализации эмоционального поведения и развития первых контактов между детьми.
   * Осуществление комплексного подхода в укреплении нервной системы (контроль учебной нагрузки, медикаментозного лечения, реализация релаксационных методов и единого педагогического подхода).
   * Оздоровительный психофизический тренинг.
2. **Укрепление эмоционально - личностной сферы**
   * Оздоровительный психофизический тренинг.
   * Диагностика эмоционально- личностной сферы.
   * Овладение навыками самоконтроля.
   * Система групповых и индивидуальных занятий.
3. **Развитие познавательной сферы**:
   * Индивидуальные коррекционно - развивающие занятия (когнитивные тренировки).
   * Диагностика познавательной сферы (2 раза в год).
4. **Формирование устойчивой адекватной самооценки:**
   * Организация единого психологического пространства, единство требований и отношений (всеми специалистами).
   * Индивидуальные беседы воспитателя, психолога, социального педагога.
   * Диагностика уровня самооценки, знакомство с результатами диагностики.
   * Тренинг коммуникативного общения (4мес.).

5Прогноз развития.

   Составление индивидуальной программы развития (адаптационной, профилактической или коррекционно-развивающей) поможет дефектологу и воспитателю максимально эффективно реализовать программное содержание, защитит специалистов от односторонности в работе и возможных упущений, поможет разумно использовать рабочее время.  

Составление индивидуальной программы развития ребенка – процесс всегда творческий, довольно сложный, но, уже начиная разрабатывать программу, мы открываем перед ребенком новые возможности его развития. Следует помнить, что хорошо построенная и тщательно выполненная программа поможет ребёнку с отставанием в развитии продвинуться гораздо дальше, чем это было бы возможно без коррекционной помощи.

Следующим этапом сопровождения в воспитательно-образовательном процессе является повторный консилиум, на котором обсуждается динамика развития ребёнка (положительная, волнообразная, незначительная, отрицательна и т.п.). Если возникают затруднения в осуществления в работе с ребёнком, то следует направить его на ПМПК для уточнения дальнейшего образовательного маршрута.

**После этого участники ПМП-консилиума в ДОУ согласуют деятельность по сопровождению ребенка с учетом рекомендаций ПМП-комиссии**