

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
детский сад №88 комбинированного вида «Радуга»
РСО-Алания г.Владикавказ

Актуальные задачи педагогики

*«Организация тьюторского сопровождения
детей с ограниченными возможностями здоровья
в условиях детского сада»*

Сборник методических статей

г.Владикавказ, 2023г.

Актуальные задачи педагогики.

Сборник методических статей.

Сборник подготовлен по материалам семинара – практикума для тьюторов, организованного специалистами МБДОУ №88: учителем – логопедом Дзидцовой О.В., Некрасовой Ю.М.; педагогом – психологом Кокаевой Л.Р., Черкасовой Ф.С.; учителем – дефектологом Бираговой И.В.

В сборнике представлены статьи практикующих специалистов осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья. Содержит материалы, направленные на освещение актуальных вопросов в области тьюторского сопровождения детей с особыми образовательными потребностями в условиях детского сада; методы и приемы совместной деятельности тьютора с воспитанниками.



Содержание:

1. Бирагова И.В. «Тьюторство в инклюзивном образовании. Нормативно – правовое обеспечение деятельности тьютора».
2. Кокаева Л.Р. «Психолого-педагогического сопровождения и развития познавательной сферы детей с нарушениями слуха».
3. Некрасова Ю.М. «Логопедическое сопровождение детей с ОВЗ в условиях дошкольного общеобразовательного учреждения».
4. Черкасова Ф.С. «Организационно- методические вопросы обеспечения образовательного процесса для детей с РАС».
5. Бирагова И.В. «Коррекционно-развивающая деятельность с детьми при нарушениях зрения в ДОУ».
6. Бирагова И.В. «Особенности организации психолого-педагогического сопровождения детей с ЗПР».
7. Дзицоева О.В. «Особенности развития детей с ОДА. Основные подходы к проведению коррекционной работы с детьми в условиях ДОУ».
8. Дзицоева О.В. «Особенности развития детей с интеллектуальной недостаточностью. Методы и приемы коррекционной работы с детьми в условиях ДОУ».



«Тьюторство в инклюзивном образовании.

Нормативно – правовое обеспечение деятельности тьютора»

Бирагова И.В.

учитель – дефектолог

«Детство - важнейший период человеческой жизни, не подготовка к будущей жизни, а настоящая, яркая, самобытная, неповторимая жизнь. И от того, как прошло детство, кто вел ребенка за руку в детские годы, что вошло в его разум и сердце из окружающего мира, от этого в решающей степени зависит, каким человеком станет сегодняшний малыш».

В. А. Сухомлинский.

Одним из наиболее важных условий перехода к инклюзивной форме образования, его успешности является система сопровождения и поддержки детей с ОВЗ. И профессия «тьютор» приобретает здесь особое значение. Ведь тьюторство – важнейший элемент индивидуализации. Того самого явления, которое способствует «превращению» детей в самостоятельных и инициативных.

Тьютор - это специалист, который организует условия для успешного включения ребенка с ОВЗ или ребенка — инвалида в образовательную и социальную среду образовательного учреждения.

Цель деятельности тьютора

Цель работы тьютора заключается в создании условий для включения ребенка с особенностями развития в среду образовательного учреждения, в поддержке и сопровождении его образовательной деятельности, основываясь на принципах индивидуализации и индивидуального подхода.

Достижение этой цели возможно при решении следующих **задач**:

1. Создание условий для успешной социализации ребенка с ОВЗ в среде сверстников, жизни группы, формирования положительных межличностных отношений в коллективе.
2. Помощь в усвоении образовательных программ, преодоление затруднений в обучении, учитывая его индивидуальные возможности и потребности.
3. Обеспечение преемственности и последовательности разных специалистов в работе с ребенком.
4. Работа с педагогическим коллективом, родителями воспитанника, с целью создания единой психологически комфортной образовательной среды.
5. Максимальное раскрытие потенциала личности ребенка.

Нормативно – правовое обеспечение деятельности тьютора

Рассматривая законодательную базу, хочется особо отметить Федеральное законодательство, регламентирующее тьюторское сопровождение — это непосредственно закон «Об образовании в Российской Федерации», Трудовой кодекс, «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования».

В России с 2008 года должность «тьютор» официально закреплена в перечнях должностей в сфере образования.

На уровне образовательной организации — это устав образовательной организации, положение о работе с детьми - инвалидами и детьми с ОВЗ, трудовой договор, заключение ПМПК, должностная инструкция.



Варианты сопровождения ребенка с ОВЗ

Не каждый педагог может выполнять функции постоянного сопровождающего для ребенка с ОВЗ. Эта деятельность предполагает высокий уровень толерантности педагога (безусловное принятие ребенка), достаточный запас знаний в рамках коррекционной педагогики и специальной психологии, хорошо развитые коммуникативные навыки.

В инклюзивном образовании выделяют три варианта тьюторского сопровождения ребенка с ОВЗ:

- 1. Помощник-сопровождающий, ассистент** (осуществляет физическое сопровождение, физическую поддержку, помогает перемещаться, чувствовать себя уверенно в пространстве группы, здания). Должность ассистента, в отличие от тьютора, не относится к должностям педагогических работников. Ассистент по оказанию технической помощи должен обладать образованием не ниже среднего. Также ему необходимо пройти краткосрочное обучение или инструктаж на рабочем месте. Еще один вариант – профессиональное обучение по программам профессиональной подготовки «Ассистент по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья». Требований к стажу работы для ассистента нет.
- 2. Педагог сопровождения, воспитатель** (оказывает помощь, выполняет рекомендации ПМПК, ведет педагогическую и воспитательную работу).
- 3. Тьютор, специалист сопровождения**, обладающий знаниями в области коррекционной педагогики и психологии; владеющий технологиями тьюторского сопровождения. Должность тьютора может занять работник с высшим профессиональным образованием по направлению подготовки «Образование и педагогика» или иметь документ о прохождении курсов тьюторского сопровождения и стажем педагогической работы не менее двух лет. Ведь тьютор участвует в разработке и реализации образовательной программы.

Сопровождения ребенка с ОВЗ

На практике тьютор и сопровождающий – это разные люди. Тьюторами называют специалиста с педагогическим образованием (логопеды, дефектологи, педагоги – психологи и т.д), педагоги без специального образования, студенты профильных вузов, училищ, а также родители (чаще мамы, бабушки) ребенка с особенностями развития являются сопровождающими, то есть выполняют только техническую помощь (одевание, раздевание, кормление, самообслуживание, культурно – гигиенические навыки и т. д.).

Этапы тьюторского сопровождения ребенка с ОВЗ: предварительный, адаптационный, основной и завершающий.

Предварительный

На предварительном этапе тьютор знакомится с результатами диагностики ребенка, проведенной специалистами, с медицинской картой ребенка, утвержденным образовательным маршрутом; встречается со специалистами ППк для получения рекомендаций.

Адаптационный

На данном этапе ведется повседневная, последовательная работа тьютора и воспитанника, направленная на успешное вхождение ребенка с ОВЗ в детский коллектив. **Здесь важно не забывать, что помощь должна быть разумно дозирована, носить направляющий характер и побуждать ребенка к самостоятельности.**

Основной этап

Освоившись в новой среде, при условии постоянного получения положительной эмоциональной поддержки, ребенок с особыми образовательными потребностями переходит на новый этап, который характеризуется снижением тревожности и напряжения. Теперь акцент



тьюторства переносится в сферу углубления социализации и коррекционно-развивающего обучения. Здесь важно поддерживать мотивацию ребенка, дать ему возможность почувствовать его успехи.

Завершающий

Если это возможно при определенном статусе ребенка с ОВЗ, то участие тьютора в его жизни по мере развития его самостоятельности постепенно должно снижаться, уступая место общению со сверстниками и взаимодействию с педагогами.

На каждом этапе тьютору следует информировать родителей и всех участников образовательного процесса об успехах, достижениях и трудностях в обучении и социализации ребенка. Учитывая имеющийся опыт работы, не могу не отметить, что успешное прохождение каждого этапа приводит к эффективности образовательного процесса и процесса социализации.

Документация тьютора

В процессе организации деятельности, тьютор ведет следующую документацию: составляет график работы, циклограмму деятельности, перспективный план работы, аналитический отчет о проделанной работе за год. Ведет дневник наблюдений за ребенком с ОВЗ, журнал консультаций для родителей, журнал индивидуальной коррекционно-развивающей работы, табель посещаемости.....

Направления деятельности тьютора

Основными направлениями работы тьютора являются:

- Участие в работе ППк.
- Организация взаимодействия детей с ОВЗ с воспитателем.
- Взаимодействие тьютора и воспитанника с ОВЗ.
- Проведение индивидуальной работы с воспитанниками с ОВЗ.
- Взаимодействие с другими детьми.
- Взаимодействие с родителями.

Взаимодействие тьютора со специалистами, ППк

Одной из форм взаимодействия тьютора со специалистами ДОУ является участие в психолого-педагогическом консилиуме. Работу консилиума в нашем учреждении мы выстраиваем следующим образом:

- формируем цели и задачи для тьютора в работе с ребенком;
- разрабатываем индивидуальный образовательный маршрут;
- специалистами даются рекомендации о режиме посещения воспитанником детского сада;
- отслеживается динамика обучения и уровня социальной адаптации.

Далее именно тьютор информирует консилиум об успехах и достижениях воспитанника, над чем сейчас ведется работа, какие необходимо решить вопросы. В случае выявления или возникновения новых обстоятельств, отрицательно влияющих на развитие ребенка, тьютор может являться инициатором внепланового консилиума.

Вопрос о необходимости тьюторского сопровождения воспитанника с ОВЗ и инвалидностью решается на основе рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии и индивидуальной программы реабилитации.

Взаимодействие тьютора и воспитателя.

Взаимосвязь между тьютором и воспитателем заключается в обсуждении:

- цели и задачи своей работы;
- каким образом наиболее эффективно выстроить взаимодействие:



ребенок – воспитатель – тьютор;

- а также возможные трудности и помощь при организации непосредственно- образовательной деятельности;
- планирует и проводит праздники, коллективные экскурсии и т.п.

Тьютор и воспитатель должны стать одной командой. Здесь необходимо помнить, что воспитатель должен играть ведущую роль в сознании воспитанника, иначе будет не инклюзия, а интеграция.

Взаимодействие тьютора и воспитанника с ОВЗ

Во время взаимодействия с воспитанником тьютор:

- формирует доверительные и эмоционально насыщенные отношения;
- следит за состоянием ребенка – **эмоциональным** (помогает разрешить конфликтные ситуации, успокаивает, воодушевляет и т.п.) и **физическим**;
- координирует образовательную деятельность, дозирует учебную нагрузку.

Индивидуальная работа

Крайне важной задачей деятельности тьютора является организация и проведение индивидуальных коррекционно – развивающих занятий. Для эффективности усвоения материала командой специалистов, а точнее учителем-дефектологом и педагогом-психологом разработана рабочая тетрадь с учетом индивидуальных образовательных возможностей воспитанника. Данный вид работы проводится во второй половине дня и направлен на закрепление полученных знаний и умений, с помощью методов и приемов, рекомендованных специалистами.

Взаимодействие с другими детьми

Известно, что для нормальной полноценной жизни ребенка важны не только академические навыки, но и возможность взаимодействовать с другими детьми.

И находясь с ребенком в течение всего дня тьютор:

- следит за тем, что происходит в детском коллективе – о чем дети говорят, во что играют;
- объясняет детям, как общаться с их сверстниками;
- если тема разговора касается особенностей подопечного – отвечает на вопросы.

Взаимодействие с родителями

Также необходимо особо отметить работу тьютора с родителями, т.к. активность родителей и понимание ими сути и цели занятий, является необходимым условием эффективности образовательного процесса и процесса социализации.

В результате взаимодействия тьютора и родителей решаются такие важнейшие задачи, как:

- установление контакта с родителями, объяснение задач совместной работы;
- оказание родителям эмоциональной поддержки;
- информирование родителей ребёнка о том, как прошел день, что удалось, какие были трудности;
- формирование интереса к получению методических и практических рекомендаций, советы по вопросам образования и воспитания ребёнка.

От успешного вовлечения родителей в процесс воспитания и обучения детей с ОВЗ выигрывают и дети, и родители, и педагоги.

Заключение

В заключение хотелось бы отметить, что тьюторство – важный ресурс для создания эффективной, гибкой, ориентированной на ребенка системы образования. Тьютор должен сопровождать не только образовательный интерес ребенка с ОВЗ, но и его семью, сформировать вокруг ребенка толерантное отношение к нему.

А основное правило тьютора гласит – не делать ничего того, что ребенок может сделать сам!



«Психолого-педагогического сопровождения и развития познавательной сферы детей с нарушениями слуха»

Кокаева Л.Р.

учитель - дефектолог (сурдопедагог)

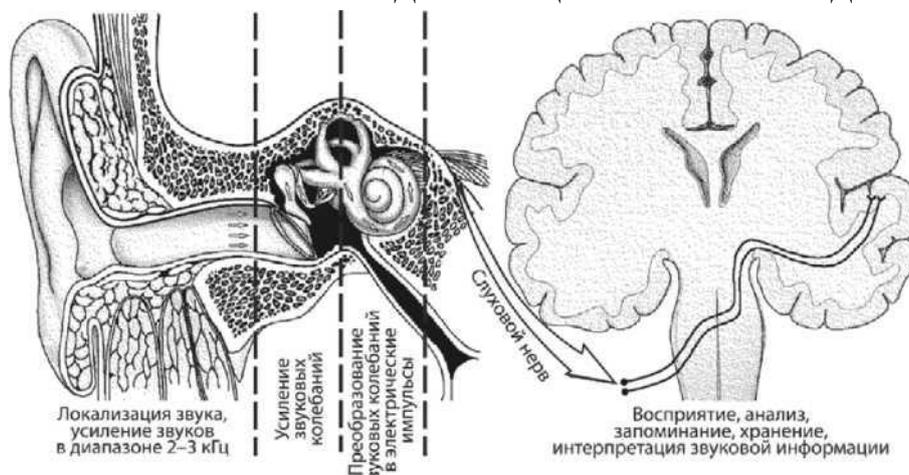
По данным ВОЗ (всемирной организации здравоохранения) нарушения слуха является третьим по распространению заболеванием, уступая болезням сердца и артритам.

Строение слуховой системы

Слуховая система состоит из 2 отделов — периферического и центрального.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ



В периферический отдел входят наружное, среднее и внутреннее ухо (улитка) и слуховой нерв.

Функции периферического отдела:

1. прием, усиление и передача звуковых колебаний волосковым клеткам улитки (наружное и среднее ухо, жидкость в улитке);
2. преобразование механических колебаний звуков в электрические импульсы (волосковые Клетки улитки);
3. передача электрических импульсов в слуховые центры мозга (слуховой нерв).

Центральный отдел включает подкорковые и корковые слуховые центры.

Функции слуховых центров мозга:

- анализ звуковой и речевой информации;
- запоминание, хранение звуковой и речевой информации;
- интерпретация звуковой и речевой информации.

Как же человек слышит? Для начала нам нужно вспомнить, как образуются звуки

Звук возникает в результате колебания каких-либо предметов с определенной частотой. Пространство, в котором распространяется звук, называется звуковым полем. Звуки многих музыкальных инструментов — результат колебания натянутых струн (скрипка, гитара, пианино) или натянутой кожи (барабан). Звук голоса человека — результат колебания голосовых складок в гортани под действием выдыхаемой струи воздуха. Эти звуковые колебания распространяются по воздуху и попадают в наше ухо. Звуковые волны проходят через проход к внутреннему уху. Там волосковые клетки преобразуют звук в электрические сигналы. Эти сигналы по



слуховому нерву попадают в кору головного мозга, где мы осознаем услышанное.

Основные процессы анализа речи, узнавания, запоминания, хранения и понимания речи и окружающих звуков происходят в коре больших полушарий мозга. Зона коры мозга, ответственная за основной анализ слухоречевой информации, называется зоной Вернике. При повреждении этой области мозга (при травме, инсульте) у человека нарушается восприятие и различение звуков речи, понимание речи (сенсорная афазия). Зона мозга, имеющая ведущее значение для речеобразования, называется зоной Брокка. При повреждении этой области мозга у человека нарушается способность говорить (моторная афазия).

Таким образом, мы можем сделать выводы, что **ЧЕЛОВЕК СЛЫШИТ МОЗГОМ, А НЕ УХОМ.**

Типы нарушений слуха

Нарушения слуха у детей могут быть связаны с повреждениями разных отделов слуховой системы.

В зависимости от этого выделяют:

- 1. кондуктивную тугоухость** (нарушение механизма звукопроводения). Кондуктивная тугоухость вызвана повреждениями в наружном и среднем ухе. При кондуктивной тугоухости снижение слуха небольшое — I и II степени. Во многих случаях снижение слуха при кондуктивной тугоухости может быть уменьшено или устранено благодаря лечению. Например, можно удалить серную пробку; вылечить острый средний отит; удалить аденоиды, вызывающие тубоотит; заменить (или закрыть) поврежденную барабанную перепонку (тим-паноластика); заменить поврежденные слуховые косточки среднего уха протезом (при лечении отосклероза, аномалий слуховых косточек).
- 2. сенсоневральную (или нейросенсорную) тугоухость**, (нарушение механизма звуковосприятия). Сенсоневральная тугоухость вызвана повреждениями во внутреннем ухе. При сенсоневральной тугоухости в основном повреждены рецепторы улитки (наружные и внутренние волосковые клетки), которые преобразуют звуковые колебания в электрические импульсы. При этом поврежденные волосковые клетки, как правило, не восстанавливаются. Снижение слуха при сенсоневральной тугоухости может быть разной степени — от незначительного до глухоты. Лечение при такой тугоухости может быть медикаментозное — прием препаратов и проведение процедур, улучшающих кровообращение улитки, питание волосковых и нервных клеток. Либо хирургическим к которым относятся, имплантация имплантируемых моделей слуховых аппаратов, кохлеарная и стволомозговая имплантация.
- 3. смешанную тугоухость**, (нарушение звукопроводения и звуковосприятия на одном ухе). При смешанной тугоухости на одном ухе сочетаются кондуктивная (нарушения в среднем ухе) и сенсоневральная (нарушения в улитке) тугоухость.
- 4. слуховую нейропатию.** При слуховой нейропатии обычно нарушается работа слухового нерва. Дети со слуховой нейропатией в первые месяцы жизни реагируют только на очень громкие звуки. С возрастом реакции ребенка на звуки улучшаются, но остаются неустойчивыми. Раньше такие пациенты в зависимости от степени снижения слуха диагностировались как пациенты с сенсоневральной тугоухостью или центральными расстройствами слуха (сенсорная алалия). Такое нарушение слуха часто встречается у недоношенных детей, поэтому у многих из них наблюдаются дополнительные нарушения центральной нервной системы, приводящие к задержке психического развития, нарушениям памяти, внимания и др.
- 5. центральные расстройства слуха.** Центральные расстройства слуха вызваны повреждениями подкорковых и корковых центров слуховой



системы и связаны с нарушением анализа звуков и речи. Дети с центральными расстройствами слуха слышат самые тихие звуки, но путают слова, которые отличаются одной буквой (например, соль- боль, лак-рак и т.д.), плохо понимают, если человек говорит быстро или если в помещении шумно. У них плохое слуховое внимание, они с трудом запоминают новые слова и стихи, поэтому им часто нужно повторять сказанное.

Центральные расстройства слуха характерны для многих детей с речевыми расстройствами. У некоторых детей бывают повреждены и слуховые рецепторы в улитке, и слуховые центры мозга. Поэтому такие дети могут плохо понимать речь, даже если у них хорошие слуховые аппараты или кохлеарный имплант.

Тугоухость у детей чаще бывает двусторонней — на правом и левом ухе. У некоторых детей снижение слуха происходит только на одном ухе (односторонняя тугоухость).

Для развития ребенка очень важен возраст, когда он потерял слух. В зависимости от этого выделяют:

- долингвальную глухоту (lingua — язык) — глубокую потерю слуха с самого рождения или в первый год жизни до овладения родным языком - речью;

- перилингвальную глухоту — потерю слуха в период овладения ребенком речью — от года до 5 лет;

- постлингвальную глухоту — потерю слуха, возникшую после овладения ребенком речью (позднооглохшие дети); такие дети после потери слуха сохраняют способность говорить, но понимать речь могут, только читая по губам или воспринимая речь с помощью слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов. В российской сурдопедагогике таких детей называют позднооглохшими.

Причины нарушений слуха у детей

Наиболее частые причины кондуктивной тугоухости у детей:

- острые и хронические средние отиты;
- аденоиды;
- врожденные аномалии развития среднего и наружного уха (это врожденные патологии, которые характеризуются деформацией ушной раковины или ее части) например микротия (недоразвитие ушной раковины);
- наследственные (есть ближайшие родственники с нарушениями слуха — 30%);
- генетические (мутации генов, синдромы — 20%);
- патология беременности матери и родов — инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, ци- томегаловирус, герпес), гипоксия, высокий уровень билирубина, недоношенность и др.;
- прием ототоксичных препаратов нейроинфекции (менингит, грипп и др.);
- черепно-мозговые травмы.

Методы реабилитации людей с нарушениями слуха

Методы реабилитации пациентов с нарушениями слуха можно разделить на 4 группы:

1. медицинские;
2. технические;
3. психолого-педагогические;
4. социальные.

К техническим средствам реабилитации детей с нарушением слуха относят:

- традиционные слуховые аппараты (СА);
- имплантируемые слуховые аппараты;
- кохлеарные импланты (КИ);
- стволомозговые слуховые импланты (СМСИ);
- FM-системы.



Эти устройства заменяют различные поврежденные элементы слуховой системы и располагаются в разных ее отделах: в наружном, среднем или внутреннем ухе, в стволе мозга.

СЛУХОВЫЕ АППАРАТЫ

Главная проблема слухового восприятия большинства детей и взрослых с нарушениями слуха — звуки слышатся тихими или не слышны. Поэтому большинству пациентов помогают слуховые аппараты.

Так как слуховой аппарат (СА) — это устройство для усиления речи и других звуков.

Как ребенок слышит в слуховых аппаратах?

Звуковые колебания, усиленные СА, поступают в наружное ухо к барабанной перепонке через трубочку и ушной вкладыш. Оттуда колебания проходят в среднее ухо, по слуховым косточкам которого они передаются во внутреннее ухо. Там эти колебания раздражают волосковые клетки улитки, и те создают электрические импульсы, стимулирующие слуховой нерв. А он передает эти импульсы дальше в слуховые центры мозга, которые анализируют и воспринимают их как речь, музыку и другие звуки. Современные слуховые аппараты позволяют компенсировать даже большие потери слуха, и с их помощью тугоухий ребенок слышит окружающие звуки и речь, научается понимать речь и говорить.

Классификация слуховых аппаратов по расположению на теле пациента.

По расположению на теле пациента СА делятся на 5 типов:

- карманные СА;
- заушные СА;
- внутриушные СА;
- в очковой оправе СА;
- слуховой аппарат костного проведения.

1. Заушные слуховые аппараты. Самый распространенный тип СА. Микрофон и усилитель в этих СА расположены в пластмассовом корпусе, размещаемом за ухом пациента.



2. Внутриушные слуховые аппараты. Располагаются в наружном слуховом проходе и ушной раковине.

В зависимости от глубины расположения в ухе внутриушные СА делятся на 3 группы: внутриушные СА, внутриканальные СА, полностью скрытые в слуховом канале.



3. Слуховые аппараты в очковой оправе. Предназначены для слабослышащих людей, которые носят очки. Все детали такого СА располагаются в дужке очков.



4. Слуховые аппараты костного проведения. Карманные СА, СА-заушина и внутриушные СА относятся к СА воздушного проведения. Они передают усиленный звук по воздуху к барабанной перепонке. Но есть пациенты, которые не могут использовать такие СА. Эта часть пациентов с кондуктивной или смешанной тугоухостью вследствие пороков развития наружного и среднего уха или хронического среднего отита. Для них разработаны СА костного проведения.

Принцип действия.

Звук улавливается микрофоном, затем передается в речевой процессор. В процессоре звук усиливается и преобразуется в механические колебания, передающиеся по костям черепа в улитку, где вызывает колебания жидкости улитки. Колебания вызывают раздражение волосковых клеток, которые генерируют электрический потенциал, стимулирующий слуховой нерв. По нему звуковая информация в виде электрических импульсов передается в слуховые центры мозга.



Что такое кохлеарный имплант, и чем он отличается от слухового аппарата.



Дети с нарушениями слуха плохо воспринимают речь и слышат другие звуки тихими, неразборчивыми. В большинстве случаев им помогает слуховой аппарат, который усиливает звуки. Но если у ребенка очень сильно повреждены волосковые клетки в улитке, то они не могут преобразовать в

электрические сигналы даже усиленные звуки, что необходимо мозгу для восприятия звуков. Это может сделать только кохлеарный имплант (КИ). В отличие от слухового аппарата КИ не усиливает звук, а преобразует звуки в последовательности электрических импульсов, которые стимулируют слуховой нерв. По нерву звуковая информация в виде электрических импульсов передается дальше в слуховые центры мозга. Таким образом, КИ заменяет поврежденные волосковые клетки улитки КИ и дает возможность хорошо воспринимать высокие звуки, которые дети с большой потерей слуха (глухота) не слышат или плохо слышат даже в супермощных слуховых аппаратах.

Как проводится операция кохлеарной имплантации?

Операция имплантации выполняется под общим наркозом и длится 1–1,5 часа. Это операция на ухе, а не на мозге, поэтому ее проводит хирурготориноларинголог в лор-клинике. Сначала в кости делается небольшое углубление, в котором размещается приемник КИ. Затем в улитку через специально сделанное отверстие вставляется цепочка электродов. Во время операции проверяют работоспособность импланта. Электроды и приемник закрепляют, чтобы они не смещались. После этого надрез за ухом зашивают. Имплантированная часть КИ не требует замены по мере роста ребенка, потому что к моменту рождения ребенка внутреннее ухо у него сформировано и больше не растет.

Кохлеарный имплант работает так:

- 1) сначала звуки воспринимаются микрофоном;
- 2) затем сигнал от микрофона поступает к речевому процессору;
- 3) речевой процессор преобразует звуки в закодированный сигнал, который состоит из электрических импульсов;
- 4) закодированный сигнал передается по кабелю в передатчик;
- 5) передатчик передает закодированный сигнал в виде радиосигналов через кожу головы к приемнику под кожей;
- 6) имплантированный приемник декодирует сигнал и посылает его в виде электрических импульсов на электроды в улитке;
- 7) слабые электрические импульсы, передаваемые электродами, стимулируют слуховой нерв. В ответ слуховой нерв передает нервные импульсы мозгу, который воспринимает их как звуки и речь.



Когда же ребенок начинает слышать, понимать речь и говорить после кохлеарной имплантации?

После операции ребенок не слышит с КИ, так как КИ не может создать каких-либо слуховых ощущений до тех пор, пока не будет включен процессор, находящийся во внешней части КИ. Включение процессора КИ обычно происходит через 4 недели после операции, когда ребенок приедет в клинику. Но прежде должен полностью зажить послеоперационный шов и исчезнуть отек на этом месте. После подключения процессора КИ человек слышит звуки и речь, хотя маленькие дети в первые дни и даже недели могут



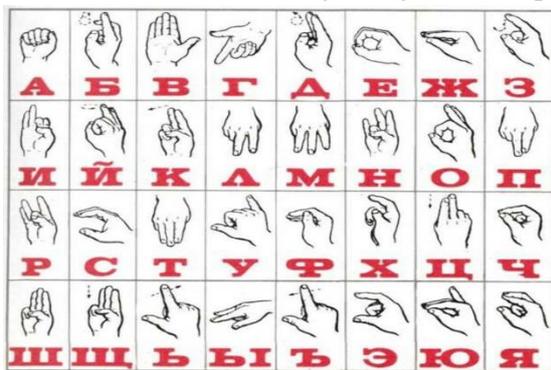
не реагировать на звуки. Длительность периода, в течение которого ребенок начинает реагировать на звуки, зависит от того, когда он потерял слух, носил ли он постоянно слуховой аппарат, занимались ли с ним развитием слуха, каковы причины потери слуха, и других факторов. Дети, которые до операции постоянно носили слуховой аппарат, сначала плохо узнают знакомые слова и звуки с КИ, потому что они звучат не так, как в слуховом аппарате. Через 1–2 недели после занятий ребенок с КИ начинает узнавать знакомые слова и быстро учится воспринимать новые слова и звуки. Но чтобы он смог понимать речь других людей, он должен учиться не только слушать, но и анализировать звуки, узнавать значение многих слов, знать правила их соединения в предложения (грамматику). А чтобы говорить самому, он должен научиться произносить звуки речи. Маленькие дети с КИ учатся слышать, понимать речь и говорить более 5 лет. Темпы развития понимания речи и устной речи у каждого ребенка различны и зависят от многих причин. Факторы, благоприятные для развития слуха и речи после имплантации у детей:

- возраст ребенка при имплантации меньше 2 лет;
- у ребенка есть слуховой опыт (ребенок слышал в первые годы жизни, у него постепенно ухудшался слух, он надел слуховые аппараты в возрасте до 6 месяцев);
- ребенок постоянно носил слуховые аппараты до операции; — ребенок произносит разные слоги, слова;
- у ребенка нет других нарушений. Если же ребенок был имплантирован в возрасте старше 5 лет и до этого не пользовался СА, не говорил и общался только с помощью жестов, он тоже научается слышать и говорить с КИ, но его возможности ограничены.

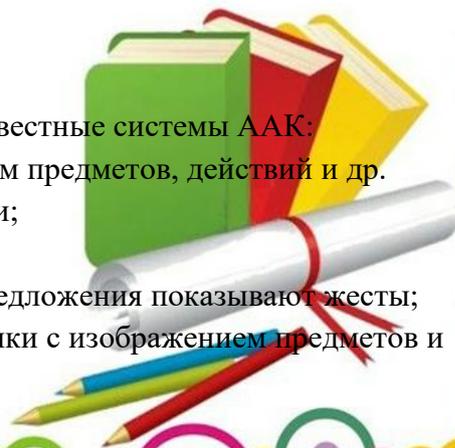
Психолого-педагогическая реабилитация детей с нарушением слуха.

Глухие и плохо слышащие люди общаются друг с другом и со слышащими людьми разными способами. Они могут это делать с помощью:

1. Устной речи, письменной речи.
2. Жестовой речи (или языка жестов) глухих это система специальных жестов, с помощью которых глухие люди общаются друг с другом. Жестовой речью пользуются ранооглохшие и слабослышащие дети и взрослые, у которых глухие родители или если они обучались в специальных учреждениях для детей с нарушенным слухом.
3. Дактильной речи, также состоит из жестов, точнее, из жестов-«поз» пальцев. Эти жесты называются дактилемами. Они соответствуют буквам алфавита соответствующего языка.



4. Альтернативных средств коммуникации. Наиболее известные системы ААК:
 - PECS — при общении используют карточки с изображением предметов, действий и др.
 - PIC — при общении используют карточки с пиктограммами;
 - скандинавская система жестов;
 - при общении говорят и параллельно для ключевых слов предложения показывают жесты;
 - Макатон — при общении одновременно используют карточки с изображением предметов и написанными словами, простые жесты и устную речь.



Способ общения, которым пользуется человек с нарушенным слухом, зависит от нескольких причин:

- от возраста потери слуха (до или после овладения речью);
- от степени снижения слуха;
- от среды, в которой воспитывался и обучался ребенок (слышащие — говорящие, неслышащие);
- от возраста слухопротезирования или возраста проведения кохлеарной имплантации (у детей со значительной потерей слуха),;
- от наличия у ребенка дополнительных нарушений (например, тяжелой формы ДЦП, аутизма, умственной отсталости).

Методы обучения детей с нарушениями слуха

Устные методы

Цель классического устного метода — научить ребенка с нарушенным слухом устной речи. При этом устная речь должна стать для глухого ребенка первым языком, который он осваивает. Если ребенок не может научиться говорить естественным путем, то его надо целенаправленно этому учить с помощью специальных приемов, опираясь на другие сохранные органы чувств. Они должны помочь ребенку компенсировать то, что он не слышит. В соответствии с этим методом ребенка учат говорить (произносить звуки речи) с помощью зрения и осязания (тактильных ощущений).

Тактильные ощущения — те, которые человек чувствует при прикосновении одних частей тела к другим и их движении. Например, мы почувствуем движение воздуха и напряжение губ, если поднесем кисть тыльной стороной ко рту, когда произносим звук [п]. При обучении произношению педагог произносит разные звуки речи и показывает ребенку, как двигаются органы артикуляции во время их произнесения. При этом ребенок и сурдопедагог сидят перед зеркалом или друг напротив друга. Ребенок, повторяя движения за педагогом, ощущает разницу в движениях органов артикуляции при произнесении разных звуков, запоминает эти ощущения и благодаря этому научается произносить разные звуки речи. Для того чтобы помочь ребенку научиться быстрее запоминать, как произносить разные звуки речи, в устном методе используют также дактильную, или ручную азбуку (см. выше). Ребенка одновременно обучают буквам и произношению соответствующих звуков речи. Использование жестовой речи глухих при этом исключено.

Жестовые методы

Методы, относящиеся к этой группе, используют жестовый язык глухих как основу для обучения детей с нарушенным слухом. При этом ребенок овладевает жестовым языком как первым языком, чтобы свободно общаться, обучаться и жить в обществе. С его помощью дети также должны овладевать письменной речью и, если возможно, устной речью. сторонники этих методов считают, что глухие люди представляют сообщество со своей культурой, а жестовый язык является частью этой культуры. Очевидно, что овладение жестовым языком глухих как первым языком для общения естественным образом происходит в семьях неслышащих родителей.

Слуховые методы

Эти методы стали развиваться сравнительно недавно — после появления качественных слуховых аппаратов. Максимальное развитие они получили в последние годы в связи с распространением цифровых СА и КИ. Слуховые методы основаны на развитии речи у ребенка со сниженным



слухом преимущественно посредством слухового восприятия, так же как при естественном развитии речи у нормально слышащего малыша. «Слуховой» метод успешно применяется при развитии речи у детей с КИ и слуховыми аппаратами. Он предполагает развитие у глухого ребенка с КИ или СА умения слышать практически так же, как слышат дети с нормальным слухом. В том числе ребенка надо научить различать все звуки речи — развить у него фонематический слух, умение произносить звуки родного языка, контролировать свое произношение, умение запоминать новые слова, слушая речь близких. Это является основой для естественного спонтанного развития речи. Необходимым условием «слухового» метода является эффективное слухопротезирование ребенка и постоянное использование ребенком СА или КИ.

Девиз «слухового» метода: «Слушай, думай и говори, слушая весь день»



Как ребенок воспринимает звуки в разных условиях.

Для понимания проблем, с которыми сталкивается ребенок с нарушенным слухом (в том числе со слуховым аппаратом или кохлеарным имплантом) при восприятии речи, важно знать, как распространяется звук в разных условиях. Влияние расстояния. Уровень звука уменьшается с удалением от источника звука. Во время индивидуального занятия ребенок находится в 1 м от педагога или мамы. Это оптимальное расстояние для восприятия речи. Во многих естественных ситуациях общения дома, в детском саду, в классе это расстояние больше. При этом уровень речи, воспринимаемой ребенком/взрослым, падает.

Влияние направленности звука также является важным фактором. Если говорящий взрослый стоит спиной, то для слушающего ребенка его речь становится тише. При таком уровне речи многие согласные звучат неразборчиво, не слышны окончания слов. Речь также становится менее разборчивой, если взрослый говорит, опустив голову вниз или повернув ее в сторону от ребенка, или когда ребенок стоит спиной к нему... Голова слушающего ребенка также может мешать восприятию речи, если это тугоухий ребенок, использующий только один слуховой аппарат или кохлеарный имплант, или ребенок с односторонней тугоухостью. Если с таким ребенком говорить со стороны непротезированного уха, то звук прежде, чем попасть в слышащее ухо, огибает голову. В результате звук ослабляется и искажается.

Речь также может быть менее разборчива для ребенка. Это явление называется «эффект тени головы».



Главные правила обучения и развития ребенка с нарушенным слухом

- Во время занятий следует исключить шумы. Заниматься лучше в помещении, где низкий уровень отражения звуков от стен и потолка (т.е. есть занавески, ковры, мебель).
- При общении с ребенком лучше находиться рядом со стороны импланта на расстоянии не более 1 метра.
- Нужно привлечь внимание ребенка к себе, прежде, чем говорить.
- При общении с ребенком лучше говорить простыми фразами, выделяя голосом ключевые фразы.
- Говорить с ребенком надо голосом разговорной громкости, чуть медленнее, напевно, отчетливо произнося слово, **НО СЛИТНО**.
- Ребенок лучше запоминает и понимает речь, если слова и фразы повторяются.
- Следует постоянно привлекать внимание ребенка к окружающим звукам и речи, повторить услышанный звук (произвести с ним действие) это особенно важно с совсем маленькими детьми.
- Если ребенок услышал звук, надо учить его искать источник.
- Важно постоянно объяснять ребенку значение новых слов и фраз и проверять их понимание.
- При общении с ребенком важно часто задавать ему вопросы, хотя первое время вам придется самим отвечать на них. Это способствует развитию у ребенка мышления, понимания речи, а позднее стремления и умения задавать вопросы самому.



«Логопедическое сопровождение детей с ОВЗ в условиях
дошкольного общеобразовательного учреждения»

Некрасова Ю.М.

учитель-логопед

Каждый ребенок-особенный, все дети-равные!

Мир особого ребенка-он закрыт от глаз чужих.
Мир особого ребенка-допускает лишь своих.
Мир особого ребенка интересен и пуглив.
Мир особого ребенка безобразен и красив.
Неуклюж, порою странен ,добродушен и открыт.
Мир особого ребенка-иногда он нас страшит.
Почему он агрессивен? Почему не говорит?
Мир особого ребенка-он закрыт от глаз чужих.
Мир особого ребенка-допускает лишь своих!

Виды нарушений:

- ✚ дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- ✚ дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие);
- ✚ дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- ✚ дети с тяжёлыми нарушениями речи;
- ✚ дети с задержкой психического развития;
- ✚ дети с интеллектуальной недостаточностью;
- ✚ дети с расстройством аутистического спектра.

Такие дети требуют особого внимания и подхода, т.к они имеют трудности в общении, обучении, игровой деятельности и адаптации в обществе.

Работа учителя-логопеда состоит из следующих этапов:

1. Диагностика (обследование состояния речи)- осуществляется для выявления наличия речевых отклонений у ребенка и заполнение индивидуальных речевых карт.
2. Коррекционно-развивающая работа- предполагает четкое взаимодействие логопеда, специалистов (дефектолога, психолога), тьюторов .

Весь процесс логопедической работы направлен на формирование понимания речи, ее стимулирование и развитие (если ребенок безречевой), либо коррекцию имеющихся речевых дефектов, формирование мыслительных операций (научить ребенка мыслить, сравнивать, обобщать и рассуждать).

3. Консультативная деятельность- необходима для отслеживания динамики эффективности логопедической работы.

Только совместными усилиями (логопеда -тьютора) мы можем добиться результатов в коррекции речевого развития, следовательно успешной адаптации детей в обществе.

4. Информационно-просветительская деятельность-для родителей (индивидуальные консультации, мастер- классы, родительские собрания, брошюры).



Один из основных принципов работы - это индивидуальный подход к каждому ребенку. Хочу вас познакомить с особенностями логопедического расстройства у детей с РАС (расстройство аутистического спектра).

Термин «аутизм» используется более 100 лет, дословно означает –человек внутри себя, придумал швейцарский ученый Евгений Блейлер, когда определял симптомы шизофрении. Причины возникновения аутизма до конца не изучены, но ученые склоняются к взаимодействию генетических и экологических факторов.

Проявляется у детей в полном отсутствии речи, либо в повторениях услышанных фраз(эхолалия), нарушении связности речи, звукопроизношения, наличии повторяющихся движений руками, головой(стереотипии).

Как же взаимодействовать с таким ребенком?

Самое главное:

- ✓ Наладить зрительный и эмоциональный контакт с воспитанником.
- ✓ Частая смена видов деятельности, поэтому я использую различные методы и приемы (словесные беседы, рассказы с опорой на иллюстрации(картинки), звукоподражание, (вызывание вокализаций), логопедический массаж, дыхательные упражнения, биоэнергопластика с артикуляционной гимнастикой, сказкотерапия с использованием кукол Би-Ба-Бо, пальчиковая гимнастика с шариками Су-джок. Учим ребенка указательному жесту, если он отсутствует.
- ✓ Максимальное использование сохранных анализаторов (зрительный, слуховой, тактильный).
- ✓ Умеренный темп работы с контролем утомляемости, длительность индивидуального занятия (20 минут) с созданием комфортной и безопасной среды в кабинете (отдельной комнате)
- ✓ Обязательный и многократный повтор упражнений с элементами новизны
- ✓ После закрепления каждого нового навыка начинается следующий этап обучения.
- ✓ Занятия проходят в игровой форме, т.к игра- ведущий вид деятельности ребенка в ДОУ.

Поэтому логопедическое сопровождение детей с ОВЗ в условиях дошкольного общеобразовательного учреждения имеет весомое значение, так как в этом возрасте формируются основы речевой и познавательной деятельности, а также эмоционально-личностного развития. Нарушение речи тормозит развитие ребенка, угнетает психику и ведет к возникновению различных отклонений в его поведении.

Таким образом направления моей индивидуальной логопедической работы заключаются:

- Работе по формированию понимания речи (импрессивная речь), стимулированию речи.
- Накоплению пассивного словаря (слова, которые ребенок понимает, но не произносит).
- Подражании звукам, артикуляционным движениям, в дальнейшем формировании первых слов.
- Развитию правильного дыхания и голоса, формированию силы, продолжительности, звонкости.
- Формировании артикуляционных движений на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи.
- Развитию мелкой и общей моторики.

Индивидуальная работа логопеда в ДОУ с детьми с ОВЗ – постоянная и систематическая, чтобы дети имели возможность полноценно участвовать в образовательном процессе и успешно соответствовать требованиям общества.

Следовательно, логопедическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях ДОУ –



является неотъемлемой частью образовательного процесса и оказывает существенную помощь в успешной социализации детей с особыми потребностями в обществе.

Хочу более подробно остановиться на своих рекомендациях для тьюторов нашего сада. В коррекционный час, помимо ежедневных заданий, вы проводите артикуляционную гимнастику с использованием кукол БИ-БА-БО, либо перчаток для биоэнергопластики, развиваете мелкую моторику шариками и мячиками, используете массажное кольцо Су-джок - обязательно в игровой форме, предварительно установив зрительный и тактильный контакт, выполняете дыхательную гимнастику, проговариваете стихи при проведении пальчиковой гимнастики с использованием массажных шариков, игры на развитие мимической мускулатуры : поднимание бровей(вместе и по очереди),закрывание и открывание глаз, сморщивание носа, лба. Предложите ребенку повторить эмоции, покажите, как выглядит радость, грусть ,гнев Закрепляете логоритмические упражнения с элементами артикуляционной гимнастики, которые ребенок осваивает на занятиях с логопедом.

Никогда не заставляйте ребенка выполнять задание через силу, не кричите и не ругайте его- это может спровоцировать приступ агрессии. Теперь вы понимаете, как важна последовательность и неразрывность в коррекционной работе логопеда и тьютора.



«Организационно- методические вопросы обеспечения образовательного процесса для детей с РАС»

Черкасова Ф.С.
педагог - психолог

Аутизм – заболевание, для которого характерны нарушения движений и речи, а также стереотипность интересов и поведения, сопровождающиеся нарушением социальных взаимодействий пациента с окружающими. Данные о распространенности аутизма существенно разнятся, что обусловлено различными подходами к диагностике и классификации заболевания. По различным данным, аутизмом без учета расстройств аутистического спектра страдает 0,1-0,6% детей, аутизмом с учетом расстройств аутистического спектра – 1,1-2% детей. У девочек аутизм выявляется в четыре раза реже, чем у мальчиков. В последние 25 лет данный диагноз стали выставлять гораздо чаще, однако, пока непонятно, с чем это связано – с изменением диагностических критериев или с реальным увеличением распространенности заболевания.

В литературе термин «аутизм» может трактоваться двояко – как собственно

- аутизм (детский аутизм);
- классическое аутистическое расстройство;
- синдром Каннера и **-расстройства аутистического спектра;**
- синдром Аспергера;
- атипичный аутизм и т. д.



Степень выраженности индивидуальных проявлений аутизма может существенно различаться – от полной неспособности к социальным контактам, сопровождающейся тяжелой УО, до некоторых странностей при общении с людьми, педантичности речи и узости интересов.

Коррекция аутизма длительное, комплексное, осуществляется с участием специалистов в области психиатрии, психологов, психотерапевтов, неврологов, дефектологов и логопедов.

Причины развития аутизма

Причины развития аутизма до конца не выяснены, большинство ученых предполагает связь с врожденной дисфункцией мозга. Аутизм обычно диагностируется в возрасте до 3 лет, первые признаки могут быть заметны уже в младенчестве. Полная коррекция считается невозможным, однако, иногда диагноз с возрастом снимают.

Целью коррекции является социальная адаптация и развитие навыков самообслуживания. Подтвержден наследственный характер аутизма, хотя гены, ответственные за развитие болезни, пока только предстоит определить.



Предполагается, что осложнения во время беременности не могут вызывать аутизм, но могут повышать вероятность его развития при наличии других предрасполагающих факторов.

Наследственность

Среди близких и дальних родственников детей, страдающих аутизмом, выявляется 3-7% больных аутизмом, что многократно превышает распространенность заболевания в среднем по популяции.

Вероятность развития аутизма у обоих однояйцевых близнецов составляет 60-90%.

У родственников больных часто наблюдаются отдельные нарушения, характерные для аутизма: склонность к навязчивому поведению, низкая потребность в социальных контактах, трудности при понимании речи, речевые расстройства (в том числе эхолалия). В таких семьях чаще выявляется эпилепсия и умственная отсталость, которые не являются обязательными признаками аутизма, но нередко диагностируются при этом заболевании. Все перечисленное является подтверждением наследственного характера аутизма.

Признаки аутизма

- Неумение находить общий язык с другими людьми.
- Использование игрушек не по назначению.
- Отсутствие речи или ее слабое развитие.
- Гиперактивность или пассивность.
- Странное отношение к предметам.
- Смех или плач без причины.
- Непонимание опасных ситуаций.
- Гиперчувствительность или слабая чувствительность к посторонним звукам.
- Неумение или нежелание приспосабливаться к изменениям.

Мифы про аутизм

- Прививки стимулируют развитие аутизма и других нарушений развития у ребенка.
- Аутизм сопровождается гениальными способностями.
- Человек с аутизмом не хочет общаться с другими людьми.

Правда, про аутизм

- Многочисленные исследования показывают, что прививки не вызывают аутизм.
- Люди с аутизмом очень разные. Это целый спектр расстройств. У некоторых есть выдающие способности, а у некоторых есть трудности в обучении.
- Люди с аутизмом хотят общаться с другими, просто не всегда знают, как это делать.

Виды РАС

Синдром Каннера (Ранний детский аутизм) - характеризуется «триадой» основных нарушение: трудностью установления контактов со внешним миром, стереотипичностью в поведении, а также задержкой или нарушением коммуникативных функций речевого развития. Также необходимо отметить условие раннего появления данных симптомов (примерно до 2,5 лет).



Синдром Аспергера

Формируется с рождения. У детей наблюдается раннее начало речевого развития, богатый словарный запас, развитое логическое мышление, не отмечается нарушений в умственном развитии. Но при этом страдает коммуникативная сторона речи: такие дети не умеют устанавливать контакт с другими людьми, не слушают их, могут беседовать сами с собой, не соблюдают в общении дистанцию, не умеют сопереживать другим людям.

Синдром Ретта

Особенность его заключается в том, что развитие ребёнка до 1—1,5 лет протекает нормально, но потом начинают распадаться только что приобретённые речевые, двигательные и предметно-ролевые навыки. Характерным для данного состояния являются стереотипные, однообразные движения рук, их потирание, заламывание, при этом не носящие целенаправленного характера. Самое редкое из представленных заболеваний, встречающееся практически всегда только у девочек.

Детский психоз

Первые проявления симптомов до 3х лет. Характеризуется нарушениями социального поведения, коммуникативными нарушениями. Присутствуют стереотипии в поведении (дети однообразно бегают по кругу, покачиваются стоя и сидя, перебирают пальцы рук, потряхивают кистями). Такие дети имеют нарушения в приеме пищи: они могут проглатывать пищу не жуя. Речь их неясная иногда может представлять собой бессвязный набор слов. Бывают периоды, когда дети застывают на месте, как куклы.

Атипичный аутизм

Отличается от аутизма по возрастному проявлению и отсутствием одного критерия из «триады» основных нарушений.

Классификация Никольской

Классификация Никольской, составленная с учетом тяжести проявлений болезни, основного психопатологического синдрома и отдаленного прогноза. Педагоги и другие специалисты считают эту классификацию одной из самых удачных, поскольку она дает возможность составлять дифференцированные планы психологической коррекции и определять цели обучения и коррекции с учетом реальных возможностей ребенка, страдающего аутизмом.

Классификация представляет собой 4 группы в зависимости от степени отгораживания от внешнего мира:

Первая группа

- **Полная отрешенность от происходящего.** Эта группа характеризуется отсутствием речи и невозможностью организовать ребенка (наладить зрительный контакт, добиться выполнения инструкций и поручений). При попытках взаимодействия с ребенком, он демонстрирует наибольший дискомфорт и нарушение активности.

Вторая группа

- **Активное отвержение.** Характеризуется более активным контактом с окружающей средой, чем первая группа. Нет такой отрешенности, но присутствует неприятие части мира, которая неприемлема ребенку. Ребенок проявляет избирательное поведение (в общении с людьми, в еде, в одежде).



Третья группа

- **Захватченность аутистическими интересами.** Характеризуется образованием сверхценных пристрастий (годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать один и тот же сюжет). Взгляд таких детей направлен на лицо человека, но смотрят они «сквозь» этого человека. У таких детей вызывает удовольствие стереотипное воспроизведение отдельных впечатлений.

Четвертая группа

- **Чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия.** Аутизм в наиболее легкой форме. Для детей характерна повышенная ранимость, контакт с миром прекращается при малейшем ощущении препятствий. С такими детьми можно установить глазной контакт.

Диагностика аутизма

Родителям следует обратиться к врачу и исключить аутизм, если ребенок не отзывается на собственное имя, не улыбается и не смотрит в глаза, не замечает указаний взрослых, проявляет нетипичное игровое поведение (не знает, что делать с игрушками, играет с неигровыми предметами) и не может сообщить взрослым о своих желаниях. В возрасте 1 год ребенок должен гулить, лепетать, показывать рукой на предметы и пытаться их схватить, в возрасте 1,5 лет – произносить отдельные слова, в возрасте 2 лет – использовать фразы из двух слов. Если эти навыки отсутствуют, необходимо пройти обследование у специалиста.

Коррекция и прогноз при аутизме

Основной целью коррекции является повышение уровня независимости обучаемого в процессе самообслуживания, формирования и поддержания социальных контактов. Используется продолжительная поведенческая терапия, игровая терапия, трудотерапия и логопедическая терапия. Коррекционная работа осуществляется на фоне приема психотропных препаратов. Программу обучения выбирают с учетом возможностей ребенка.

Низкофункциональных аутистов (первая и вторая группа в классификации Никольской) обучают на дому.

Дети с синдромом **Аспергера** и **высокофункциональные аутисты** (третья и четвертая группа) посещают вспомогательную или массовую школу.

При грамотной длительной коррекции у некоторых детей (3-25% от общего числа) наступает ремиссия, и диагноз аутизм со временем снимают. Недостаточное количество исследований не позволяет строить достоверные долгосрочные прогнозы относительно течения аутизма в зрелом возрасте. Специалисты отмечают, что с возрастом у многих пациентов симптомы аутизма менее выраженными. Вместе с тем, есть сообщения о возрастном ухудшении коммуникативных навыков и навыков самообслуживания.

«Особенности коррекционно-образовательной деятельности детей с РАС»

К. С. Лебединская считает, что без своевременной диагностики и медико-педагогической помощи значительная часть этих детей становится необучаемой и не приспособленной к жизни вообще. И, наоборот, при раннем выявлении нарушения и своевременно проведенной коррекционной работе большинство аутичных детей можно подготовить к обучению, а нередко — и развить их потенциальные способности. Большую часть времени ребенок, посещающий образовательное учреждение, находится с педагогом.



Поэтому роль воспитателя в формировании навыков общения аутичного ребенка со взрослыми и сверстниками особо важна. Чтобы по-настоящему помочь ребенку, надо верить, что все мы занимаемся далеко не безнадежным делом. Нам не добиться снятия диагноза, но мы можем сделать многое: понять ребенка, принять его таким, какой он есть и, учитывая его особенности, помочь приспособиться к миру.

Главная задача педагога — вовлечь ребенка в индивидуальную и совместную деятельность. С этой целью нужно применять в работе с ним как можно больше разнообразных форм взаимодействия, обогащая его эмоциональный и интеллектуальный опыт.

Для того чтобы понять, с чего начать коррекционную работу, необходимо определить ведущее направление:

- развитие речи;
- навыков социального взаимодействия;
- воображения.

В свою очередь, выбор направления будет зависеть от потребностей конкретного ребенка. В одном случае необходимо в первую очередь **обучить его навыкам самообслуживания**, в другом — **снизить уровень тревожности, провести работу по снятию страхов, налаживанию первичного контакта, созданию положительного эмоционального климата и комфортной психологической атмосферы для занятий**. На первых этапах работы для педагога часто более важно сформировать у ребенка желание учиться, чем добиться усвоения учебного материала.

Аутичные дети видят смысл какой-либо деятельности только тогда, когда она четко заранее запрограммирована: дети должны знать, что делать в первую очередь, какую последовательность действий совершать, как закончить. Например, во время занятия физкультуры им непонятно, зачем и как долго надо бегать по кругу. Но их деятельность будет более осмысленной, если в зале на полу разложить несколько игрушек и дать ребенку конкретное задание: каждый раз, пробегая мимо игрушек, брать одну из них и бросать в корзину. Когда все предметы будут собраны, перейти с бега на шаг, и, пройдя еще один круг, сесть на скамейку. Таким образом, ребенок будет видеть план своих действий и станет более спокойным. Подобной осмысленности необходимо добиваться при выполнении любого задания. Ребенок всегда должен знать, зачем он будет выполнять то или иное действие.

Дети с нарушениями в общении любят заниматься коллекционированием, поэтому их можно и нужно привлекать к работе по сортировке предметов. Они могут стать неоценимыми помощниками воспитателя, в тех случаях, когда нужно, например, разложить карандаши по цвету, кубики по размеру, вырезанные шаблоны по форме. В школе можно привлекать таких детей к созданию и сортировке гербариев, коллекций камней, ракушек, фотографий. Они неплохо справляются с ведением ежедневных записей-наблюдений за животными в живом уголке (но не на первых стадиях работы).

Аутичный ребенок плохо осознает свое тело. У него может быть нарушена пространственная ориентация. Поэтому полезно разместить в групповой комнате несколько зеркал на уровне глаз ребенка. Время от времени воспитатель может привлекать внимание ребенка к его отражению. Лучше осознать свое тело аутичному ребенку поможет упражнение, которое успешно применяется в детских садах: положив ребенка на большой лист бумаги, педагог или дети из группы



обводят контур его тела, а затем вместе, называя вслух части тела и предметы одежды, закрашивают этот контур.

Для развития тактильного, зрительно-тактильного, кинестетического восприятия можно использовать такие игры как «Волшебный мешочек», «Угадай предмет». Полезно предложить детям складывать головоломки на ощупь, с закрытыми глазами (вместо головоломок можно использовать «Рамки Монтессори»).

На первых этапах работы с аутичными детьми рекомендуется предлагать им игры с жесткой последовательностью действий и четкими правилами, а не сюжетно-ролевые, где необходима диалоговая речь. Для закрепления навыков каждую игру следует проиграть не один десяток раз, тогда она может стать своего рода ритуалом, которые так любят дети данной категории. Во время игры взрослый должен постоянно проговаривать свои действия и действия ребенка, четко обозначая словами все, что происходит с ними. При этом педагога не должно обескураживать то, что ребенок не проявляет ни малейшего интереса к словам. Не надо отчаиваться: многократное повторение одной и той же игры, одних и тех же слов принесет свои плоды, — ребенок сможет включиться в общую деятельность.

Если ребенок работает в прописях, можно указывать в них стрелками направление движения руки. Аутичным детям рекомендуется давать графические задания, в которых требуется узнать и дорисовать какую-то деталь предмета, а не нарисовать его полностью.

Иногда аутичному ребенку необходима физическая помощь в организации действия: взрослый в буквальном смысле «работает» руками ребенка, пишет или рисует вместе с ним, держа один карандаш.

Нельзя забывать, что телесный контакт, а также упражнения на расслабление будут способствовать снижению уровня тревожности ребенка. Можно использовать с этой целью и пальчиковые игры.

Аутичным детям трудно осваивать любой новый вид деятельности, но они всегда стремятся выполнить все хорошо, поэтому на первых этапах работы надо подбирать такие задания, с которыми они обязательно справятся. Ваша помощь и Ваша похвала помогут закрепить успех и повысить уверенность ребенка. Даже если реакция на Ваши слова не проявляется внешне, доброжелательный тон и слова поддержки создадут положительную эмоциональную атмосферу, которая со временем поможет сделать Ваше взаимодействие с ребенком более эффективным. Аутичным детям свойственна психическая пресыщаемость, они быстро истощаются физически, поэтому для них необходим индивидуальный ритм работы, более частое переключение с одного вида деятельности на другой. В детском саду эту проблему решить легко: ребенка не надо загружать непосильными для него заданиями.

Для улучшения пространственно-временной ориентации аутичного ребенка необходима терпеливая работа педагога. Можно составить план группы с указанием расположения предметов; оформить распорядок дня, используя символы и рисунки.

Однако недостаточно просто составить и повесить схемы, необходимо как можно чаще «путешествовать» с ребенком по ним, узнавая и называя предметы (на первых этапах, если ребенок не захочет повторять названия, воспитатель или учитель может делать это сам).

Как отмечалось выше, детям с аутизмом свойственны бесцельные монотонные движения, раскачивания. Отвлечь их от стереотипного ритма можно, используя эмоционально насыщенные ритмические игры и танцевальные движения. Регулярные занятия будут способствовать уменьшению двигательных расстройств.



Если ребенок не принимает инструкций и правил, которые Вы ему предлагаете, ни в коем случае не навязывайте их насильно. Лучше присмотритесь к тому, что и как хочет делать он сам, подыграйте ему, займитесь тем, что ему интересно. Это поможет наладить с ребенком контакт. Рисование красками (кисточками, штампами и особенно пальцами) помогает детям снять излишнее мышечное напряжение. С этой целью полезна также работа с песком, глиной, пшеном, водой.

Правила работы с аутичными детьми:

1. Принимать ребенка таким, какой он есть.
2. Исходить из интересов ребенка.
3. Строго придерживаться определенного режима и ритма жизни ребенка.
4. Соблюдать ежедневные ритуалы (они обеспечивают безопасность ребенка).
5. Научиться улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребенка, свидетельствующие о его дискомфорте.
6. Чаще присутствовать в группе, где занимается ребенок.
7. Как можно чаще разговаривать с ребенком.
8. Обеспечить комфортную обстановку для общения и обучения.
9. Терпеливо объяснять ребенку смысл его деятельности, используя четкую наглядную информацию (схемы, карты и т. п.).
10. Избегать переутомления ребенка.

Как играть с аутичными детьми?

Работая с аутичными детьми, надо иметь в виду, что коррекционная работа будет продолжительной. Скорее всего, на первых этапах взаимодействия аутичный ребенок откажется от контакта с вами вовсе, а тем более не захочет вступать в групповую, а может быть, и в индивидуальную игру. Ребенок с РДА будет играть в те игры, которые совпадают с его интересами. Поскольку аутичные дети болезненно воспринимают смену обстановки, то все индивидуальные игры рекомендуется проводить за столом. Кроме того, для аутичных детей (при условии, что с ними уже установлен контакт) будут полезны дыхательные и релаксационные упражнения.

Подводя итоги, можно сказать, что, несмотря на все трудности и препятствия, которые неминуемо встретятся на пути ребенка- аутиста к миру, «дорогу осилит идущий».



«Коррекционно-развивающая деятельность с детьми при нарушениях зрения в ДОУ»

Бирагова И.В.

учитель-дефектолог (тифлопедагог)

Профилактика и сохранение зрения важна в любом возрасте.

Почему это важно? Да потому что глаза являются одним из самых важных органов для восприятия и познания окружающего мира, ориентации в пространстве. До 90% информации о внешнем мире мы получаем с помощью зрения.

Строение органа зрения. Орган зрения – глаза.

Зрительный анализатор состоит из 3-х частей (как и все другие: слуховой, обонятельный, вкусовой, тактильный или кожно-мышечный)

I – воспринимающая часть (глаз)

II – проводящая часть (зрительный нерв, хиазма, зрительный тракт)

III – центральная часть (подкорковые зрительные нервы, высшие зрительные центры, расположенные в затылочных долях коры головного мозга. Место частичного перекреста зрительных нервов называется ХИАЗМОЙ (находится в области черепа).

В настоящее время отклонения в развитии детей в основном имеют врожденный характер и редко проявляются изолированно. Как отечественные, так и зарубежные ученые все чаще говорят о наличии сложных нарушений в развитии детей.

Особое место в детской патологии занимают нарушения зрения, которые могут привести к слепоте, остаточному зрению, слабовидению и отклонениям в формировании полноценной функциональной зрительной системы.

Дети с нарушением зрения (классификация)

В современной тифлопедагогической практике во многих странах в зависимости от степени нарушения зрительной функции используют простое деление на слепых и лиц с ослабленным зрением, слабовидящих. Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения. За нормальную остроту зрения, равную единице (1,0), принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 м. Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Соответственно человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту зрения – 0,1, четвертой – 0,4 и т.п.

По степени нарушения зрения и зрительным возможностям на лучше видящем глазу и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют 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 подкатеорию «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.



Таким образом, острота зрения не является единственным критерием слепоты.

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. Главное отличие данной группы детей от слепых: при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

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.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории 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.

Причины нарушения зрения

Все причины делятся на врожденные и приобретенные.

Врожденные заболевания и аномалии развития органов зрения могут быть следствием наследственного фактора, и аномалий внутреннего развития.

Приобретенные – это травмы во время родов, послеродовые травмы, заболевания ЦНС.

Врождённые и приобретённые нарушения зрения относятся к первичным соматическим дефектам. Эти аномалии вызывают вторичные функциональные отклонения (сужение поля зрения, сужение остроты зрения и т.д.), которые отрицательно сказываются на развитии ряда психических процессов: ощущения, восприятии, представлении и т.д. То есть вторичные дефекты представляют собой цепь отклонений, где один функциональный дефект влечёт за собой другой, что приводит к нарушениям психических процессов. Поэтому между соматическим дефектом и аномалиями в развитии психики имеются сложные структурные и функциональные связи.

Глубина и характер поражений зрительного анализатора сказываются на развитии всей сенсорной системы, определяют ведущий путь познания окружающего мира, точность и полноту восприятия образов внешнего мира.

Дети-инвалиды по зрению, как правило, посещают специальные учреждения (дошкольные образовательные учреждения компенсирующего типа, школы - интернаты для слепых и слабовидящих детей), но есть они и в массовых ДООУ. Большой процент детей с недостатками зрения встречается и в дошкольных учреждениях.

На самом деле видов нарушения зрения довольно таки много – это и афакия, колобома радужки, глаукома, катаракта, микрофтальм, ретинопатия недоношенных и т.д., но мы остановимся на тех, с которыми мы с вами встречаемся в процессе своей деятельности.

В настоящее время значительную часть в структуре глазной патологии занимают аномалии рефракции (близорукость, дальновзоркость, астигматизм). Многие дети страдают косоглазием, амблиопией, астигматизмом и др.



Все заболевания делятся на 3 группы

I. Прогрессирующие:

Дистрофия сетчатки
Незаконченные формы атрофии зрительного нерва
Миопия осложненная, высокая степень
Глаукома и др.

II. Стабильные, т.е. болезни, которые не прогрессируют:

Врожденная частичная атрофия зрительного нерва
Микрофтальм (маленькие глаза) без галаукомы
Колобома радужки
Аниридия
Колобома сосудистой оболочки
Альбиносы (зрение стабильно)

III. Болезни при которых возможно улучшение:

Катаракта
Аномалии рефракции
Амблиопия
Косоглазие
Астигматизм

Остановимся на основных отклонениях в развитии органа зрения.

Миопия, или близорукость – аномалия рефракции зрения, при котором изображение падает не на сетчатку глаза, а перед ней. Распространённая причина – увеличенное (относительно нормального) в длину глазное яблоко, вследствие чего сетчатка располагается за фокальной плоскостью. Начальным признаком близорукости является то, что ребенок плохо, как в «тумане», видит предметы, объекты вдаль. Ни родители, ни воспитатель не знают этого: дети не жалуются. Воспитатель должен обратить внимание на следующее: ребенок старается сесть поближе к доске или экрану телевизора; наклоняет голову к рабочей поверхности ближе допустимой нормы (в норме это расстояние измеряется от локтя ребенка рабочей поверхности до кончиков пальцев у виска); затем у него появляется привычка прищуриваться при рассматривании объектов, находящихся вдаль. Если оставить эти признаки без внимания, то со временем могут появиться боли в глазах, головная боль, покраснение и отек век, особенно при работе мелкими деталями мозаик, конструкторов и на других аналогичных занятиях. Очень часто воспитатели расценивают воспаление век как результат инфекционного заболевания. Своевременное обращение к врачу-окулисту, правильное использование очков и рекомендаций способствуют исчезновению указанных симптомов. В беседах с родителями воспитатель может выяснить, страдают ли близорукостью близкие родственники ребенка, так как существенное значение в ее появлении имеет наследственный фактор. Близорукость чаще возникает у детей, оба родителя которых близорукие, или в результате постоянно зрительной работы на близком расстоянии.

Гиперметропия, или дальнозоркость - особенность рефракции глаза, состоящая в том, что изображения далеких предметов в покое аккомодации фокусируются за сетчаткой. С дальнозоркостью дети,



как правило, рождаются. С увеличением глазного яблока (к 9—12 годам) дальнозоркость может перейти в нормальное зрение или увеличиться. При дальнозоркости зрительная работа на близком расстоянии затруднена: при чтении, рисовании, лепке появляются «нечеткость», «неясность», буквы «сливаются», поэтому ребенок старается сесть подальше от телевизора, отодвигает от себя лист бумаги и т. д., на это и необходимо обращать внимание. Дети, страдающие дальнозоркостью, жалуются на боли в глазах и их покраснение. Постоянное правильное использование назначенных окулистом очков улучшает зрительные возможности детей и предотвращает развитие амблиопии как осложнения дальнозоркости.

Астигматизм/Амблиопия иначе называется «ленивый глаз» и характеризуется снижением зрения обоих или одного глаза. В последнем случае ребенок рисует, лепит, конструирует, повернув несколько голову набок, стараясь задействовать лучше видящий глаз. Именно на это воспитатель и должен обратить внимание и направить ребенка к окулисту.

Косоглазие, отклонение глазного яблока в ту или иную сторону, может быть паралистическим и содружественным. При паралистическом косоглазии отмечается неподвижность или ограничение движений глаза. У детей чаще встречается **содружественное косоглазие**: сходящееся (глаз отклоняется к носу) и расходящееся (глаз отклоняется к виску). После перенесенного простудного или инфекционного заболевания, обострения хронической болезни, при зрительном или общем переутомлении косоглазие может увеличиться; после длительного использования назначенных очков может уменьшиться. При этом воспитатель должен следить за тем, чтобы ребенок носил очки в зависимости от вида зрительной нагрузки (вдаль, вблизи) или времени их использования (постоянное ношение, для работы вблизи, вдаль).

Катаракта - заболевание глаз, характеризующееся помутнением хрусталика. У детей может быть врожденной и приобретенной. Врожденное помутнение хрусталика определяют уже в роддоме, при осмотре обнаруживают «серость» в области зрачка. Приобретенное помутнение хрусталика чаще всего связано с травмой органа зрения. Катаракты лечат хирургическим методом в ранние сроки после выявления. Состояние глаза после операции называется **афакией** (это отсутствие хрусталика в глазном яблоке. При афакии ухудшается зрение, изображение предметов вблизи и вдали размывается и человек не может сфокусироваться), при которой у детей могут быть разные очки - для зрительной работы вблизи и вдаль. Для профилактики развития амблиопии, как осложнения катаракты и афакии, ребенок должен систематически получать лечение, назначенное окулистом, а воспитатель - знать об этом и соответственно планировать режим дня.

Глаукома - заболевание основной причиной которых является нарушение оттока внутриглазной жидкости, что сопровождается повышением внутриглазного давления. Взрослый (воспитатель или родители) может заметить: ребенок временами, особенно по утрам начинает терять глаза вследствие кратковременного понижения зрения и «дыма» или «тумана» перед глазом. Вечером, глядя на электрические лампочки, освещающие улицу, ребенок может говорить о появлении окрашенных в цвета радуги колец вокруг лампочек. Иногда после просмотра кинофильма, длительной работы с наклоненной головой или в сумерках могут появиться боли в глазу. Это связано с периодическим повышением и понижением внутриглазного давления.

В специализированных детских садах с детьми с нарушением зрения работают воспитатели, дефектологи и медицинские работники.



Учебно-воспитательная и коррекционная работа проводится воспитателем под руководством тифлопедагога и по рекомендациям врача-офтальмолога в соответствии с особенностями общего развития и зрительного восприятия детей. Коррекционную направленность имеют все занятия и все виды деятельности.

Основные офтальмологические рекомендации для коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими нарушение зрения.

Одним из основных коррекционных направлений является развитие зрительного восприятия.

- Начинать эту работу следует с того, чтобы для каждого ребенка с недостатками зрения определить место на занятиях. При светобоязни ребенка нужно посадить так, чтобы не было прямого, раздражающего попадания света в глаза. Дети с низкой остротой зрения занимают первые места. При сходящемся косоглазии ребенку следует найти место в центре. При разной остроте зрения обоих глаз (т. е. при разных зрительных возможностях) ребенка сажают лучше видящим глазом ближе к центру, к воспитателю, который находится у доски или стенда справа, обязательно лицом к детям.

- Во время занятий рекомендуется использовать специальную наглядность определенных размеров: более крупную для фронтальных демонстраций строго дифференцированную индивидуальную, соответствующую показателям основных зрительных функций ребенка (острота зрения, поле зрения) и зрительной патологии (близорукость, амблиопия и т. д.).

При демонстрации цветных изображений должны соблюдаться определенные требования: нужно использовать яркие, насыщенные, контрастные чистые, натуральные цвета (помидор - красный, огурец - зеленый, репка желтая и т. д.). Особенно это важно на начальных этапах работы с ребенком, когда зрительное восприятие страдает из-за отсутствия эталона предъявляемого объекта, отсутствия «прошлого опыта».

Почему это важно, да потому что зачастую у детей с нарушением зрения развивается вербализм.

Вербализм – употребление слов, за которыми не скрывается никакого смысла, содержания, значение которых остается пустым. Вербализм чрезвычайно развит у слепого ребенка и является одним из основных препятствий на пути его развития.

При работе с сюжетными изображениями для отдельных детей (с низкой остротой зрения) следует исключить несущественные детали, которые не оказывают влияния на содержание и смысл сюжета.

Показывая дидактический материал, наглядные средства, воспитатель должен учитывать не только его размеры и цвет, но и контрастность фона, на котором он находится; чаще использовать контур для того или иного объекта указку.

В дошкольном учреждении в процессе воспитания и обучения значительная нагрузка падает на зрительное восприятие ребенка, поэтому необходимо ограничивать его непрерывную зрительную работу соответственно возрасту и зрительным возможностям.

Для выполнения зрительной работы вблизи плоскость рабочей поверхности должна быть вертикальной или горизонтальной в зависимости от вида косоглазия (при расходящемся косоглазии - горизонтальная, а при сходящемся - вертикальная) и от нозологической формы глазной патологии (при афакии, близорукости, глаукоме - вертикальная, при дальнозоркости – горизонтальная).



Именно поэтому воспитатель для зрительной работы отдельных детей должен постоянно использовать подставку, фланелеграф, мольберт и т. д.

Обязательной частью любого занятия с детьми с недостатками зрения является проведение физкультминуток или минуток отдыха, во время которых необходимо проводить специальную гимнастику для глаз. Можно использовать следующие упражнения: «Буратино потянулся (*дети встают на носочки поднимают руки и смотрят на кончики пальцев*), вправо, влево повернулся вниз, вверх посмотрел (*не поворачивая головы, смотрят вправо, влево, вниз вверх*) и на место тихо сел».

Иногда на фоне общеукрепляющих упражнений следует использовать упражнения, направленные на улучшение кровообращения всех структур в оболочках органа зрения.

Например: «Ветер дует нам в лицо (*дети часто моргают веками*), закачалось деревцо (*не поворачивая головы, смотрят влево, вправо*), ветер тише, тише, тише (*медленно приседают, глаза опускают вниз*), деревья все выше, выше. (*Встают, глаза поднимают вверх*.)

При проведении физических занятий воспитатель должен предусматривать ограничение некоторых видов двигательных упражнений: отдельным детям противопоказаны прыжки, наклоны головы и туловища, подъем тяжестей и т. д. При этом более широко используются сохранные анализаторы: например, для слуха - звуковые маячки; для цветовосприятия – как сигнальные знаки - яркие цветные полосы на беговой дорожке, на месте отталкивания (при прыжках) и т. д. На занятиях с учетом индивидуально-дифференцированного подхода могут быть выделены подгруппы детей от одного или двух-трех: с противопоказаниями для отдельных движений (например гиперметропия, нельзя сотрясать тело сильно. Возможна отслойка сетчатки). Планируя прогулку, воспитатель также должен учитывать зрительные возможности воспитанников: ребенка с низкой остротой зрения нужно поставить в паре с лучше видящим ребенком; при разной остроте зрения обоих глаз ребенка нужно поставить так, чтобы его держали за руку со стороны хуже видящего глаза; ребенку со светобоязнью следует одеть светозащитные очки или головной убор с козырьком, с полями, которые будут препятствовать прямому попаданию солнечных лучей в глаза.

- Требования, предъявляемые к изобразительной наглядности.

При подборе или изготовлении наглядности этого вида следует учитывать, что способность различать изображения зависит от остроты центрального зрения. Так, при остроте зрения 0,01-0,03 минимальный размер детали объекта должен быть не менее 15 мм, при остроте зрения 0,04-0,08 – не менее 5 мм, при остроте зрения 0,09-0,2 – не менее 3 мм.

Следует также учитывать тот факт, что дети с нарушением зрения лучше воспринимают изображения в цветовом исполнении, чем черно-белые, силуэтные и контурные. Восприятие цветных изображений стимулирует зрительную реакцию, активизирует зрительные функции, создает у детей положительный эмоциональный настрой. При таких заболеваниях, как косоглазие и амблиопия, восприятие определенных цветов (красного, желтого, оранжевого) особенно важно, так как это растормаживает колбочковый аппарат сетчатки глаз, способствуя закреплению результатов лечения, направленного на повышение остроты зрения. В то же время следует избегать использования изобразительной наглядности темно-синего, темно-фиолетового, темно-зеленого цветовых оттенков, так как они хуже всего воспринимаются детьми с зрительной патологией.



Это основные офтальмологические рекомендации для коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими нарушение зрительного восприятия.

Основная масса воспитателей ДООУ не имеет достаточной квалифицированной подготовки для работы с детьми при отклонениях в развитии и нуждается в повышении профессионального уровня. Это не значит, что педагог-воспитатель должен уметь ставить диагноз.

Он должен:

- ✓ грамотно использовать в учебно-воспитательной работе сведения, которые имеются в медицинских документах ребенка;

- ✓ знать физиологические и возрастные особенности его развития;

- ✓ уметь видеть отдельные признаки (симптомы) отклонений зрительного восприятия.

Правильная организация зрительной работы детей с нарушением зрения способствует значительному продвижению в развитии наглядно-образного мышления зрительного восприятия. У детей формируется не только зрительное представление о предметах и явлениях, но и повышается острота зрения на амблиопичном глазу, а это и есть результат эффективно организованной работы педагога с детьми с нарушением зрения.



«Особенности организации психолого-педагогического сопровождения детей с ЗПР»

Бирагова И.В.

учитель-дефектолог

Как показывает практика, большой процент детей с ОВЗ имеет диагноз задержка психического развития (ЗПР) или задержка психо- речевого развития (ЗППР).

Термин был введен как «временная задержка психического развития» в 60-е и 70-е годы. Но потом слово «временная» было отброшено, так как «задержка» и есть нечто временное. Предполагается, что со временем темп психического развития ребенка претерпит позитивные изменения, и он по своему развитию догонит сверстников и его жизнь войдет в «нормальный» режим.

ЗПР — особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка. (словарь - справочник дефектология).

Напомню, что такой диагноз может поставить только психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

В отечественной коррекционной педагогике понятие «задержка психического развития» является психолого-педагогическим, и относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций.

Задержки развития могут быть вызваны разными причинами:

- негрубым внутриутробным поражением ЦНС;
- нетяжелыми родовыми травмами;
- недоношенностью;
- близнецовостью;
- инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями.

Вместе с тем многие авторы подчеркивают, что наряду с биологическими (ранним органическим поражением ЦНС и генетической предрасположенностью) важную роль в формировании ЗПР у детей играют социально-психологические факторы.

Наиболее часто в литературе встречаются указания на следующие неблагоприятные психосоциальные условия, усугубляющие задержку психического развития у детей:

- нежеланная беременность;
- одинокая мать или воспитание в неполных семьях;
- частые конфликты и несогласованность подходов к воспитанию;
- наличие криминального окружения;
- низкий уровень образованности родителей;
- проживание в условиях недостаточной материальной обеспеченности и неблагополучного быта.

Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР

С позиции неискушенного наблюдателя дошкольники с ЗПР не так уж отличаются от сверстников. Родители нередко не придают значения тому, что их ребенок чуть позднее начал ходить самостоятельно, действовать с предметами, что задерживается его речевое развитие. Повышенная возбудимость, неустойчивость внимания, быстрая утомляемость сначала проявляются на поведенческом уровне и



лишь впоследствии – на выполнении заданий учебного плана. К старшему дошкольному возрасту становятся очевидными трудности в усвоении программы детского сада: дети малоактивны на занятиях, плохо запоминают материал, легко отвлекаются. Уровень развития познавательной деятельности и речи оказывается более низким по сравнению со сверстниками. С началом обучения в школе клиническая картина нарушений становится более выраженной вследствие трудностей в усвоении школьной программы, а психологические проблемы приобретают более глубокий и стойкий характер.

Существует много различных классификаций, но наиболее информативной для психологов и педагогов является классификация К.С. Лебединской. (1980). В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР.

Классификация ЗПР (по Лебединской К.С.)

- конституционального происхождения;
- соматогенного происхождения;
- психогенного происхождения;
- церебрально-органического генеза.

1. Задержка психического развития конституционального происхождения

диагностируется у детей с проявлениями психического и психофизического инфантилизма. В психологической литературе под ним подразумевается отсталость развития, проявляющаяся сохранением во взрослом состоянии физического строения или черт характера, присущих детскому возрасту.

Его причинами чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга: инфекционные, токсические и другие, включая травмы и асфиксию плода.

При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с "детскостью" мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна, в отличие познавательной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе, школьную адаптацию.

При соответствующем обучении дети с инфантилизмом способны получить среднее или неполное среднее образования, им доступно профессиональное образование, средне специальное и даже высшее. Однако при наличии неблагоприятных средовых факторов возможна отрицательная динамика, особенно при осложненном инфантилизме, что может проявляться в психической и социальной дезадаптации.

При условии целенаправленного психолого- педагогического воздействия, доступных ребенку занятий в игровой форме, положительном контакте с педагогом, прогноз развития благоприятный. Такие дети компенсируются к 10 – 12 годам.

2. Задержка психического развития соматогенного генеза

возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями – сердца, почек, эндокринной и пищеварительной систем и др.

Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности как робость, боязливость. Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, у них недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем.



Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью, не позволяет ребенку достичь оптимально уровня возрастного развития. Дальнейшее становление и обучение этих, детей зависит от их состояния здоровья.

Прогноз развития благоприятный при условии систематической медицинской и психолого- педагогической помощи.

3. Задержка психического развития психогенного генеза

Дети этой группы имеют нормальное физическое развитие, функционально полноценные мозговые системы, соматически здоровы. ЗПР обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, которые препятствуют правильному формированию личности ребенка. Речь идет о так называемом социальном генезе, когда неблагоприятные условия социальной среды возникают очень рано, длительно воздействуют, травмируя психику ребенка, сопровождаемая психосоматическими расстройствами, вегетативными нарушениями.

В условиях безнадзорности может наблюдаться развитие личности по неустойчивому типу: у ребенка преобладают импульсивные реакции, неумение тормозить свои эмоции. В условиях гиперопеки формируются эгоцентрические установки, неспособность к волевым усилиям, к труду.

В психотравмирующих условиях происходит невротическое развитие личности. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истерические проявления, у других - робость, боязливость, страхи, мутизм.

При названном варианте ЗПР на первый план также выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения. У детей беден запас знаний и представлений, они не способны к длительным интеллектуальным усилиям. Звукопризнание нарушено полиморфно в 90% случаев.

Прогноз развития благоприятный при условии систематической логопедической, психолого-педагогической помощи и отсутствия травмирующей ситуации.

4. Задержка церебрально-органического генеза

При этом варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций.

ЗПР церебрально-органического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет наиболее тяжелую форму ЗПР.

Данная категория детей в первую очередь нуждается в комплексной медико-психолого-педагогической коррекции в условиях специальных классов и дошкольных учреждений. По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию детей.

Прогноз в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики его развития. При преобладании общих нейродинамических расстройств, прогноз достаточно благоприятен. При их сочетании с выраженной дефицитарностью отдельных корковых функций необходима массированная психолого-педагогическая, логопедическая коррекция, осуществляемая в условиях специализированного детского сада.

«Педагогическая запущенность»

Особые состояния, схожие по симптоматике с "задержкой", формируются у детей вследствие так называемой "педагогической запущенности"



Педагогическая запущенность - устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатком воспитания.

В этих случаях у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях информационной, социальной, а часто и эмоциональной депривации, наблюдается недостаточный уровень развития эмоциональной и личностной сферы, а также отмечается снижение знаний, умений и навыков. Такой ребенок в знакомых ситуациях на бытовом уровне ориентируется достаточно хорошо, но в ситуации требующей волевого усилия и познавательной активности часто проявляет себя как ребенок с ЗПР.

Динамика развития такого ребенка определяется интенсивностью педагогической коррекции. При сочетании с благоприятными социальными условиями прогноз развития ребенка будет благоприятен.

На успешность компенсации влияют:

- возраст ребенка;
- состояние его здоровья;
- особенности окружающей его микросоциальной среды;
- какие именно из психических функций задержались в развитии, когда и насколько;
- другие психологические особенности ребенка.

У таких детей и детей ЗПР наблюдается внешнее сходство отклонений в поведении: конфликтность, нарушение правил поведения, отказ или уклон от требований, лживость, необязательность. Причина возникновения отклонений у педагогически запущенных детей – стойкие отклонения в нравственно-правовом сознании.

Детей с ЗПР нередко относят к детям с интеллектуальной недостаточностью легкой степени, но у детей с ЗПР в отличие от детей с нарушением интеллекта наблюдается недоразвитие высших психических функций, которое носит временный характер. Они всегда готовы использовать помощь взрослого, усваивают принципы решения действий.

При совместной работе медиков, педагогов и психологов ЗПР компенсируется, и развитие Ребенка приближается к нормо-типичному к 10-12 годам. Очень важны своевременная диагностика и создание специальных условий воспитания и обучения.

Особенности обучения детей с ЗПР

1. Детям с ЗПР свойственна низкая степень устойчивости внимания, поэтому необходимо специально организовывать и направлять внимание детей. Полезны все упражнения, развивающие все формы внимания.

2. Они нуждаются в большем количестве проб, чтобы освоить способ деятельности, поэтому необходимо предоставить возможность действовать ребенку неоднократно в одних и тех же условиях.

3. Интеллектуальная недостаточность этих детей проявляется в том, что сложные инструкции им недоступны. Необходимо дробить задание на короткие отрезки и предъявлять ребенку поэтапно, формулируя задачу предельно четко и конкретно. Например, вместо инструкции «Составь рассказ по картинке» целесообразно сказать следующее: «Посмотри на эту картинку. Кто здесь нарисован? Что они делают? Что с ними происходит? Расскажи».



4. Высокая степень истощаемости детей с ЗПР может принимать форму, как утомления, так и излишнего возбуждения. Поэтому нежелательно принуждать ребенка продолжать деятельность после наступления утомления.

5. Чтобы усталость не закрепилась у ребенка как негативный итог общения с педагогом, обязательна церемония «прощания» с демонстрацией важного положительного итога работы.

6. Трудности обучения детей с ЗПР как мы уже выяснили, нередко связаны с их мотивационной незрелостью. Учитывая слабость их мотивационной сферы, мы должны решать одну из основных задач в образовательной деятельности – формирование познавательного интереса и активности. Необходимо находить любой повод, чтобы похвалить ребенка, отметить хотя бы небольшие его достижения. Похвала стимулирует активность ребенка, который стремится многократно, заслужить одобрение взрослых. При этом активность детей, вызванная стремлением к похвале, нередко переходит в заинтересованность самой работой, и в познавательный интерес. Любое проявление искреннего интереса к личности такого ребенка ценится им особенно высоко, так как оказывается одним из немногих источников чувства собственной значимости, необходимого для формирования позитивного восприятия себя и других.

Направления коррекционно-педагогической деятельности:

- ознакомление с окружающим;
- развитие речи и формирование коммуникативных способностей;
- развитие внимания, мышления, памяти;
- сенсорное воспитание;
- развитие мелкой моторики;
- обучение грамоте;
- формирование элементарных математических представлений.

Дидактические игры и упражнения

В какие игры можно играть с ребенком с ЗПР? Каких – то специальных игр для таких детей нет. Т.к. игровая деятельность ребёнка с задержкой психики идёт такими же этапами, как у обычных ребят. Но гораздо медленнее. Поэтому весь тот игровой материал, который есть в группе можно использовать и в работе с ребенком с ЗПР. Главное помнить, что любая игра должна проходить под контролем взрослого и должна решать параллельно коррекционные задачи.

Дети с особыми образовательными потребностями слышат и видят одно и то же, но понимают всё по-своему. Соответственно каждый ребенок уникален и нуждается в индивидуальном подходе!



«Особенности развития детей с ОДА.

Основные подходы к проведению коррекционной работы с детьми в условиях детского сада»

Дзицоева О.В.

учитель-логопед

Детский церебральный паралич – это комплекс специфических двигательных нарушений, возникших в результате поражения центральной нервной системы ребенка в процессе *внутриутробного развития*, либо *во время родов* или же *в первые 1-2 года жизни*.

Иными словами - это заболевание ЦНС, при котором происходит поражение *одного или нескольких отделов головного мозга*, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, речи и психики.

ИСТОРИЯ

Впервые этими нарушениями занялся в 1830 –х годах выдающийся британский хирург Джон Литтл. В 1889 году канадский врач сер Уильям Ослер ввел термин церебральный паралич. В 1893 году австрийский психолог, психиатр и невролог-Зигмунд Фрейд ввел термин Детский церебральный паралич.

Ученые доказали, что болезнь чаще всего не передается генетически, однако, некая доля наследственности все-таки присутствует. Некоторые будущие родители, изучив статистику заболеваемости у детей, боятся планировать потомство, т.к. потому что они не знают, может недопонимают, что вызывает такую патологию у детей.

Основная причина в формировании детского церебрального паралича — это гипоксия (*недостаточное поступление кислорода к тканям и органам*).

Какие же факторы влекут за собой ДЦП ?

ФАКТОРЫ

Согласно современным представлениям детский церебральный паралич возникает в результате воздействия на ЦНС ребенка различных повреждающих факторов, которые влекут за собой гибель отдельных участков головного мозга. Причем действие этих факторов происходит в перинатальном периоде, т. е. до, во время (натальный период) и непосредственно после рождения ребенка (постнатальный период).



Условно все факторы можно разделить на три основные группы:



Более частая послеродовая причина возникновения ДЦП состоит в токсическом поражении мозга при гемолитической болезни, развивающейся в результате несовместимости крови или иммунологического конфликта плода и матери. Иными словами, когда у матери и ребенка имеется резус-конфликт. Чем больше неблагоприятных факторов воздействовало на плод во время беременности и на ребёнка после рождения, тем выше риск формирования ДЦП. Например: на протяжении всей беременности, гипоксия мозга плода может привести к недостаточному развитию головного мозга. Вследствие чего в головном мозге могут сформироваться кисты, которые будут провоцировать эпилепсию.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЦП

ДЦП является одним из самых распространенных последствий пренатального поражения центральной нервной системы, и в России его распространенность составляет 2 – 3 ребенка на 1000 детей.

Однако распространенность ДЦП значительно возрастает в группе недоношенных детей с массой тела 1000 – 2500, достигая 19-24 ребенка на 1000, а у детей с массой тела до 1 кг распространенность достигает 18-40 случаев на 1000 детей.

Вообще основная причина увеличения числа больных ДЦП это не экология, как многие считают.

А прогрессивное развитие перенатальных центров, где сейчас выхаживают младенцев с различной патологией, в том числе и недоношенных новорожденных с весом от 500г. и даже меньше.

Т.е. раньше, если рождался недоношенный ребенок с малым весом, то его не выхаживали и он погибал. То сейчас медицина идет вперед.

Этих малышей выхаживают, дают им жизнь, но к великому сожалению,

у таких малышей, как правило бывают те или иные отклонения и

ДЦП не исключение.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По классификации Семеновой К.А.- профессора, заслуженного деятеля наук России, выделяют пять основных форм ДЦП:

1. Спастическая диплегия (болезнь Литтла).

Наиболее часто встречающаяся форма (50%). При ней поражены руки и ноги, но в большей степени поражены нижние конечности.

- Высокая вероятность овладения навыками самообслуживания, письма и рядом трудовых навыков;
- Сопутствующие нарушения 70% - 80 % – ЗПР и ЗРР, которые могут компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности.

2. Двойная гемиплегия.

Самая тяжелая форма ДЦП. Тотальное поражение мозга, прежде всего больших полушарий. Поражение в равной степени в руках и ногах, либо руки поражены сильнее. В 90 % дети практически обездвижены, безречевые и имеют глубокую степень интеллектуального недоразвития (УО), социальная адаптация невозможна.

3. Гемипаретическая форма ДЦП.

Она характеризуется односторонним поражением одноименных (левых или правых) конечностей (руки и ноги). Эти дети обучаемы. Патология речи отмечается у 30-40 % детей. Степень интеллектуальных нарушений варьируется от легкой ЗПР до грубого интеллектуального дефекта (26%)

4. Гиперкинетическая форма ДЦП.

Наблюдается у 20-25% больных. Эта форма связана с поражениями подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений – гиперкинезов, которые возникают непроизвольно, усиливаются при волнении, а также при утомлении и движении. В 60-70% случаев дети обучаются самостоятельно ходить, однако тонкая моторика значительно нарушена; тяжелые речевые нарушения; у части детей (20-25%) имеют место нарушения слуха; у 10-15% отмечаются судороги.

5. Атонически-астатическая форма ДЦП.

При этой форме отмечается поражение мозжечка и лобных отделов мозга. У детей низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, тремор. Дети малоэмоциональны, безразличны к окружающим, малоинициативны, могут быть очень агрессивными, УО. - в 55% случаев тяжелая, тяжелое нарушение речи (дизартрия). А также есть и смешанная форма (комбинация разных форм ДЦП)

СИНДРОМЫ при ДЦП

Клиническая картина ДЦП и его тяжесть зависят от *локализации и глубины поражения мозговых структур*. В отдельных случаях ДЦП замечен уже в первые часы жизни ребенка. Но чаще симптомы ДЦП становятся очевидными спустя несколько месяцев, когда ребенок начинает существенно отставать в нервно-психическом развитии от принятых в педиатрии норм.

Наблюдаются *функциональные нарушения ЖКТ, расстройства дыхательной функции, недержание мочи*. Примерно в 20-40% случаев детский церебральный паралич протекает с эпилепсией.



Синдромы при ДЦП

Двигательные нарушения

Речевые нарушения

Сенсорные нарушения

Нарушения функций зрения

Нарушения функций слуха

Эмоциональные нарушения

Нарушения высших
психических функций и
интеллекта



ДВИГАТЕЛЬНЫЕ и СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ. СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДЦП.

Ребенок с ДЦП долго не держит голову, не переворачивается, не интересуется игрушками, не может осознанно двигать конечностями, не удерживает игрушки. При попытке поставить ребенка с ДЦП на ноги он не ставит ногу на полную стопу, а встает на цыпочки. В зависимости от тяжести течения существует 3 степени ДЦП:

- 1. Тяжелая.** Дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Они не могут себя обслуживать.
- 2. Средняя.** Дети овладевают ходьбой, но передвигаются с помощью ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.п.) Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.
- 3. Легкая.** Дети ходят самостоятельно. Они могут себя обслуживать, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

Из-за дефектов опорно-двигательного аппарата у больных с ДЦП формируются **сколиоз** и **деформации грудной клетки**.

Сенсорные дефекты: отмечается нарушением восприятия своего тела в пространстве (снижается или отсутствует понимание, где находится рука, нога), снижением или повышением реакции кожных рецепторов.

Если доношенный ребенок к 3 месяцам не удерживает голову, к 6 месяцам не переворачивается, к 10 месяцам не ползает и не сидит, то родителям обязательно нужно обратить на это внимание, не ждать пока он наверстает упущенное, а сразу обращаться к детскому неврологу.



ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ . РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

При ДЦП страдают все компоненты речи. Если повреждены моторные зоны, ребёнок *понимает обращённую речь, но не может говорить* (дизартрия). Если повреждены сенсорные зоны, *ребёнок не понимает обращённую речь, проговаривает случайные слова*. При смешанных формах может отсутствовать как способность воспринимать речь, так и разговаривать.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ . НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ.

Миопия (*Близорукость — дефект зрения, при котором человек вблизи видит хорошо, а вдали — плохо*), астигматизм (*патология хрусталика глаза или роговицы. Что приводит к тому, у человека изображение формируется в искаженном виде, т.е они расплывчато и нечетко видят предметы*);

Нарушение функций глазодвигательного аппарата.

Нистагм (*это когда глазные яблоки, с большой частотой колебаний, движутся произвольно и повторяют одну и ту же траекторию*), косоглазие (*патология, при которой глаза имеют неправильную установку и отклоняются в сторону от нормального угла зрения, не фокусируясь на одной точке.*)

Формы ДЦП и состояние интеллекта

Спаستическая диплегия	Гемипаретическая форма	Гиперкинетическая форма
ЗПР: 50-60%	ЗПР: 45-50%	ЗПР: 50%
УО: 25-35%	УО: 25-35%	УО: 15%
		

Т.к. у детей с ДЦП при некоторых формах проявляется интеллектуальная недостаточность от лёгкой до тяжёлой умственной отсталости, то у детей имеются проблемы с коммуникативными функциями. Они проявляются трудностями с общением внутри семьи, в группе детского сада и школы. Затруднения могут быть связаны как с двигательным дефицитом, так и с отсутствием речи и её понимания.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ. ЭМОЦИОНАЛЬНО -ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

Как правило ДЦП характеризуется лёгкими поведенческими нарушениями, часто в виде аутоагрессии (*ребёнок царапает себя, кусает, бьётся головой о стену*). Физическая агрессия направленная на окружающих людей, порчу имущества. Присутствуют стереотипные движения — *раскачивания, повторение одних и тех же действий руками, повторение одинаковых заученных фраз*.



Коррекционно-развивающая работа.

Детский церебральный паралич не излечим, поэтому речь идет о восстановительном лечении и реабилитации, целью которых является уменьшение выраженности отдельных симптомов и создание условий для социальной адаптации ребенка-инвалида.

Коррекционно-развивающую работу с ребенком с ДЦП в ДОУ ведут ряд специалистов



Задачи коррекционной работы:

- последовательное развитие познавательной деятельности и коррекция ее нарушений (формируем представления об окружающем мире; обогащаем словарь ребенка, лексику, грамматику);
- коррекция высших корковых функций (память, внимание, мышление, воображение);
- воспитание устойчивых форм поведения и деятельности; профилактика личностных нарушений;
- воспитываем у детей навыки самообслуживания и гигиены;
- формируем действия с предметами (учим ребенка произвольно брать и опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, укладывать их в определенное место, выбирать предметы в зависимости от размера, веса, формы, соразмеряя свои двигательные усилия);
- развиваем мелкую моторику рук, подготавливаем их к письму;
- развиваем сенсорное восприятие (т.е. развиваем все виды восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного));
- формируем сенсорные эталоны цвета, формы, величины, временных и пространственных эталонов.

Для этого в коррекционный час можно играть и заниматься с детьми, рассматривать и обсуждать серии тематических или сюжетных картинок, фотографий.

Для развития сенсорного восприятия и мелкой моторики использовать: шнуровки, пазлы, мозаику, бусы, сортеры, штриховки, раскраски, лепку, аппликацию, конструирование...

Для коррекции слухового внимания применять д/и:

- «Определи направление звука»
- «Отгадай, кто кричит»
- «Отгадай, на каком инструменте играют»
- «Сосчитай удары в бубен»...

Существует большое кол-во различных игр, которые вы можете найти и в интернете, например:

Д/И «Овощи»

Цель игры: развитие внимания и координации движения.

Оборудование: овощи (фрукты) кол-во должно соответствовать на 1 меньше кол-ву участников.



Ход игры: Эта игра проводится у стола. Все ребята выстраиваются вокруг стола, на котором нужно разложить фрукты. По команде ведущего (под музыку (в каком темпе, решать ведущему. Это может быть медленный, либо быстрый темпы)) ребята начинают передвигаться вокруг стола. В тот момент, когда музыка отключается и ведущий говорит « СТОП », каждый участник должен взять со стола один фрукт. Затем игра начинается заново, но без одного участника и фрукта. Игра продолжается до последнего игрока.

Д/И « Болтики »

Цель игры: развитие мелкой моторики.

Оборудование (на 2 игроков): одинаковое кол-во болтиков разного цвета и формы, 4 чашечки, звонок.

Ход игры: Игра проводится за столом. Разложить все перечисленные предметы следующим образом : поставьте перед каждым игроком по 2 чашки (в одной чашке определенное кол-во болтиков, а в другой - гаек) и звонок.

Цель игрока - раскрутить, а затем закрутить болтики одного цвета и выставить перед собой. Кто первый справляется с заданием, тот звонит в звонок.

Д/И « Ловкие ручки »

Цель игры: развитие координации движения, мелкой моторики , внимания и сосредоточенности.

Оборудование (на 2 игроков): 4 чашки, одинаковое количество крышечек на каждого игрока, 4 деревянные палочки, звонок.

Ход игры: Эту игру необходимо проводить за столом. Разложить все перечисленные предметы следующим образом : поставьте перед каждым игроком по 2 чашки (в одной чашке определенное кол-во крышечек) , 2 деревянные палочки и звонок.

Цель игрока - перенести двумя палочками крышечки из одной чашки в другую. Кто первый справляется с заданием, тот звонит в звонок.

Д/И « Струйка из фасоли»

Цель игры: развитие координации движения, мелкой моторики , внимания и сосредоточенности.

Оборудование: обыкновенные бутылки из - под йогурта, по горсти фасоли на каждого участника.

Ход игры: суть игры закинуть - как можно больше фасоли в бутылку. Все фасолины участник должен зажать в кулачке и затем, отпуская по одной, закинуть в бутылочку.



«Особенности развития детей с интеллектуальной недостаточностью. Методы и приемы коррекционной работы с детьми в условиях ДОУ»

Дзицоева О.В.

учитель-логопед

Интеллектуальная недостаточность у детей с ОВЗ отмечается при таких диагнозах как :
- Умственная отсталость, раннее малоумие, олигофрения (др.-греч. ὀλίγος «малый» + φρήν «ум») — врождённая или приобретённая в период развития задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

- Синдром Дауна – самая частая генетическая причина интеллектуального расстройства. Вызывается хромосомной аномалией – если в норме их 46, то в этом случае существует непарная 47 хромосома. Людей с таким синдромом можно определить по аномально укороченному черепу, плоскому лицу, коротким рукам и ногам, низкому росту, маленькому рту. Они плохо перерабатывают полученную информацию и запоминают ее, у них отсутствует понятие времени и пространства, речь скудная. При этом такие индивиды хорошо адаптируются в социуме.



- Синдром Мартина-Белл (ломкой X-хромосомы). Вторая по распространенности генетическая причина умственной отсталости. Распознается по таким внешним особенностям: повышенной подвижности суставов, лицо удлинненное, подбородок увеличен, лоб высокий, уши большие, оттопыренные. Говорить начинают поздно, но плохо, или вообще не разговаривают. Очень стеснительны, гиперактивны, невнимательны, постоянно двигают руками и кусают их



-Синдром Уильямса («лица эльфа»). Возникает вследствие наследственной хромосомной перестройки, потерей генов в одной из них. У больных весьма интересная внешность: лицо узкое и длинное, глаза голубые, нос плоский, губы крупные. Обычно страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Словарный запас богатый, хорошая память, отличные музыкальные способности, имеют навыки социального взаимодействия. Но существуют проблемы с психомоторикой.

Синдром Уильямса
(«лица эльфа»).



Возникает вследствие наследственной хромосомной перестройки, потерей генов в одной из них.

- Задержка умственного развития
- Изменение внешности
- Аномалии внутренних органов.

- Синдром Ангельмана (счастливой куклы или Петрушки). Вызван изменением в 15 хромосоме. Очень светлые глаза с характерными пятнами на радужке и волосы, голова небольшая, подбородок выдвинут вперед, рот крупный, зубы редкие и длинные. Сильное отставание в психомоторном развитии, значительное нарушение речи, движения (плохо держит равновесие, ходит на негнущихся ногах). Часто улыбается и даже смеется без повода.

Синдром Ангельмана
(счастливой куклы или Петрушки).



Возникает вследствие хромосомной перестройки (изменение в 15 хромосоме)

- Сильное отставание в психомоторном развитии
- Значительное нарушение речи
- Нарушения в движении

- Синдром Прадера–Вилли. Характеризуется отсутствием отцовской копии хромосомы 15 и рядом других нарушений. Низкий рост, руки и ноги маленькие, страдает компульсивным перееданием, и, как следствие, ожирением. Проблемы с кратковременной памятью, речью, обработкой информации.

Синдром Прадера–Вилли



Развивается вследствие генетических дефектов 15 хромосомы

- Замедление физического развития
- Замедление интеллектуального развития
- Нарушение координации движений
- Эпилептические судорожные приступы



-Синдром Лежёна (кошачьего крика или 5p синдром). Очень редкое и тяжелое заболевание, причиной которого является отсутствие короткого плеча 5 хромосомы. Голова маленькая, лицо круглое, нижняя челюсть недоразвита переносица широкая, потому глаза расположены далеко друг от друга. Ступни вывернуты, руки маленькие. Гортань недоразвита, имеются проблемы со зрением, в частности, косоглазие. Часто плачет, при этом издает звук, похожий на мяуканье котенка. Моторное развитие происходит с задержкой, способность к вниманию ограничено.

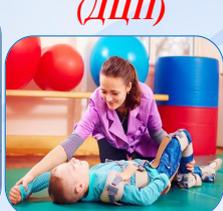
Синдром Лежёна (кошачьего крика)



Редкое и тяжелое заболевание, причиной которого является отсутствие короткого плеча 5 хромосомы

- Сильное отставание в психомоторном развитии
- Низкая масса тела
- Значительное нарушение речи
- Нарушения в движении
- Плач , напоминающий мяуканье

Детский церебральный паралич (ДЦП)



Двигательное расстройство, возникающее из-за повреждения различных мозговых структур в перинатальном периоде

- Двигательные нарушения
- Психические и речевые расстройства
- Нарушения зрения, чувствительности
- Нарушения слуха.

Расстройства аутистического спектра (РАС)



группа психических заболеваний,

характеризуются искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями.

Кроме упомянутых синдромов, интеллектуальная недостаточность может сосуществовать с ДЦП, глухотой и слепотой, аутистическими расстройствами, эпилепсией и другими заболеваниями.

Примерная характеристика на детей с УО:

Мальчику 5 лет. Посещает старшую группу.

Со слов матери : мальчик поздно начал держать головку, пытаться сесть, встать, ходить. Был излишне вял и медлителен, хватательный рефлекс нарушен (он не в состоянии был удержать игрушку, ложку).

Говорить стал со значительным опозданием. Стеснителен .

Очень привязан к маме.

Со слов воспитателя: ребенок трудно адаптировался к детскому саду,



ему было трудно общаться со сверстниками, т.к. мальчик замыкается в себе. Отмечаются трудности к соблюдению режим дня; быстро утомляется; во время образовательного процесса отмечается неспособность к усвоению новых навыков, не проявляет стремления к познанию мира, невнимателен, ему тяжело построить фразу. Довольно простые вопросы загоняют ребенка в тупик, логика в рассуждениях практически отсутствует. При многократном повторении действий он может уловить закономерность и по аналогии продолжить мысль. Однако малейшее отступление от шаблона вызывают затруднения; ему тяжело запомнить цвета, формы, простейший счет....
Предполагаемый диагноз у этого ребенка: УО легкой степени.

Девочке 6 лет. Посещает подготовительную группу.

Со слов матери: Беременность проходила сложно: токсикоз, высокое АД. Роды длительные и тяжелые, асфиксия новорожденной. Девочка закричала не сразу. Развитие шло с задержкой: поздно стала держать голову, сидеть, ходить, не проявляла интереса к ярким игрушкам, новым звукам. Дома чрезмерно импульсивна, раздражительна, отмечаются частые смены настроения (она испытывает то горе, то радость, то печалится, то веселится), не проявляет интереса к мультфильмам, игрушкам, заинтересованность только к мобильному телефону.

Со слов воспитателя: У девочки был замедлен процесс социализации, редко сама обращается к взрослым и сверстникам, понимание речи ситуативно. Отсутствует связная речь, отвечает короткими предложениями. В речи часто использует звуки, сопряженных с жестами: мычание, кивание. В ответ на ограничения протяжно кричит. Испытывает сложности с самостоятельным одеванием. Т.к. нарушена мелкая моторика рук и ей тяжело правильно удержать карандаш, ее рисунки выполнены нетвердыми, кривыми линиями. Отсутствует абстрактное мышление (то есть логика, математические и творческие способности).

Предполагаемый диагноз девочки: УО средней степени.

Мальчику 6, 5 лет посещает спец.группу детского сада.

Со слов матери: Беременность проходила сложно: токсикоз, ГРИПП, инфекционные болезни. Роды стремительные. Развитие мальчика шло с задержкой. Дома чрезмерно импульсивен, раздражителен, не умеет себя сдерживать, контролировать.

Со слов воспитателя: У мальчика замедлен процесс социализации. Навыки самообслуживания, даже самые простейшие, отсутствуют полностью. Нет понимание речи. Отсутствует речь, большое количество несвязных звуков, сопряженных с жестами: мычание, кивание, показывание рукой. В ответ на ограничения визжит, падает на пол. Часто причиняет вред себе – царапает лицо, вырывает волосы, бьется о стены, пол... Внимание малоустойчиво, слабо развито. Привлечь внимание возможно только при помощи ярко выраженных раздражителей, однако длительно сосредоточиться на чем-либо трудно. Отбирает игрушки у детей, хватая все подряд, что попадает в поле его зрения. Он тут же бросает взятое, поскольку предмет сам по себе для ребенка не интересен. Нет интереса к сюжетно-ролевым играм, хотя можно наблюдать отдельные игровые действия, но они не имеют смыслового наполнения. Так, мальчик многократно прокатывает пустую игрушечную машинку из одного угла комнаты в другой, издавая при этом звуки. Не может удержать карандаш в руке. Выполнение различных видов деятельности, предполагающих практические действия, затруднено.

Предполагаемый диагноз у мальчика: УО тяжелой степени.

У всех, вышеперечисленных ребят наблюдается олигофрения, т.е. умственная отсталость разной степени:

- 1.Олигофрения легкой степени.



2. Олигофрения средней степени.
3. Олигофрения тяжелой степени.

Термин Умственная отсталость, ранее — малоумие на сегодняшний день уже не употребляется, а используются такие понятия, как интеллектуальная недостаточность или олигофрения. Так вот, этот термин произошел (др.-греч. ὀλίγος «малый» + φρήν «ум») — это врожденная или приобретенная в период развития задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

Иными словами, умственная отсталость — это психическое заболевание, вследствие органического поражения центральной нервной системы, и в первую очередь, коры головного мозга. Такие дети испытывают проблемы с речью, развитием моторики, интеллектом, адаптацией, эмоционально-волевой сферой, не могут нормально взаимодействовать с окружающей средой. Многих интересует, на каком этапе развития ребенка происходит тот самый сбой, провоцирующий умственную отсталость. Можно ли было это предотвратить? Однозначного ответа, к сожалению, не существует.

Каковы же причины УО?

Интеллектуальная недостаточность — результат генетических заболеваний и множества других факторов.

Поводом появления олигофрении могут быть :

ВНУТРИУТРОБНАЯ патология

любые генетические сбои — мутации генов, их дисфункция, хромосомные аномалии; наследственные отклонения развития; инфекционные болезни матери в период беременности — сифилис, краснуха, ВИЧ, герпес, токсоплазмоз и т.п.; токсическое воздействие на плод, ведущее к поражению головного мозга — употребление родителями сильных препаратов, наркотиков, спиртных напитков, табакокурение. Сюда же относится радиация.

РОДОВАЯ патология

травма черепа;
преждевременные роды;
проблемные роды — асфиксия, механические травмы, гипоксия, асфиксия плода;
недостаточное воспитание ребенка с рождения, родители уделяли ему мало времени.

ПОСЛЕРОДОВАЯ патология

инфекционные заболевания ребенка;
болезни, затрагивающие мозг — энцефалит, коклюш, менингит;
утопление.

Можно выделить 2 формы УО:

1. Олигофрения — умственная отсталость, которая возникает вследствие органического поражения коры головного мозга в пренатальный натальный и постнатальный периоды (т.е. во внутриутробный период и во время родов матери. Иными словами врожденная)

2. Деменция - умственная отсталость, которая возникает после определенного периода нормального развития ребенка (после двух лет). Часто возникает при текущих заболеваниях мозга. (т.е. приобретенная)



В свою очередь врожденную УО можно условно поделить на 3 степени:

✓ Легкую (дебилность)

Дети с легкой степенью умственной отсталости отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Это проявляется в том что:

- дети позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания;
- дети мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям в природе и социальной жизни;
- к концу дошкольного возраста у детей формируется только предметная деятельность, игровая деятельность не становится ведущей (т.е. их привлекают окружающие, яркие и новые предметы, игрушки , они берут их в руки, некоторое время смотрят на них, однако настоящего интереса к объекту не проявляют. Конечно можно наблюдать отдельные игровые действия, но они не имеют смыслового наполнения. Так, мальчик многократно может катать пустую игрушечную машинку из одного угла в другой, издавать при этом звуки, но сюжетной игрой это не назовешь);
- в условиях образовательного учреждения дети испытывают большие трудности в усвоении программного материала по всем видам деятельности.

✓ Среднюю, умеренную (имбецильность)

- у детей отсутствует гуление и лепет;
- речь появляется в 3 года или даже в 5 лет и представляет собой отдельные слова, редко фразы;
- грубо нарушены ощущения, восприятие, память, внимание, мышление;
- существенно страдает моторика, поэтому навыки самообслуживания формируются с трудом и в более поздние сроки;
- дети вполне обучаемы. Они способны овладеть навыками общения, социально-бытовыми навыками, грамотой, счетом., однако не могут вести самостоятельный образ жизни, поэтому постоянно нуждаются в опеке и признаются инвалидами детства.

✓ Тяжелую, глубокую (идиотия)

Если легкую и среднюю степень обычно диагностируют ближе к школьному возрасту , то диагностика идиотии возможна уже на первом году жизни.

- У детей отмечается неадекватная реакция на окружение. Т.е. некоторые дети свой гнев, обиду, радость выражают бурно, импульсивно и не могут контролировать себя и свои поступки. Они очень импульсивны, а их поведение часто не соответствует общепринятым правилам и нормам;
- они поздно начинают стоять и ходить;
- у них позднее появляется лепет . У одних первые слова могут появиться в 5 лет. И то это преимущественно имена существительные — названия предметов ближайшего окружения и глаголы, обозначающие часто выполняемые действия . У других может вовсе отсутствовать;
- слабый интерес к окружающему и игре.
- дети не обучаются и находятся (с согласия родителей) в учреждениях Министерства социальной защиты, где им оказывается медицинская помощь, наблюдение и уход.
- у ребенка с идиотией характерное выражение лица с гримасой злобы или напротив отстраненное. Язык может быть очень большим и вываливаться изо рта.

Интеллектуальные проблемы становятся заметны в процессе развития ребенка.

Когда они проявятся, зависят от вида, причины и степени умственной отсталости.



Как правило, если интеллектуальная инвалидность передана по наследству (генами) или имеет сбой в хромосомах, то это сказывается еще и на внешнем виде ребенка.

При разных заболеваниях отмечаются разные особенности поведения, но также есть и общие:

Типичные особенности поведения

Синдром Дауна



Синдромом Вильямса



Синдромом Прадера-Вилли



Фенилкетонурия



В поведении:

- Дети с синдромом Дауна и Вильямса импульсивны, общительны, активны, послушны, дружелюбны, легко вступают в контакт.
- Дети с СПВ и ФКУ поведение варьируется в различных пределах, но они вступают в контакт и, бывают, дружелюбны, что позволяет им в определенной мере более успешно войти в группу с другими детьми. Привязчивы к одним, но могут не воспринимать других людей.

Типичные особенности поведения

Синдромом хрупкого X



Расстройство аутистического спектра



В поведении:

замкнуты, избегают смотреть в глаза или редкий зрительный контакт; импульсивны, беспокойны, присутствуют страхи, расстройства сна; отсутствие социально-эмоциональной взаимности и приверженность к одному порядку вещей, традициям; сенсорная чувствительность.



РЕЧЬ: Становление речи ребенка с интеллектуальной недостаточностью осуществляется своеобразно и с большим запозданием. Они недостаточно понимают то, что им говорят окружающие. Отмечается существенное преобладание пассивного словаря над активным. Другими словами, они понимают большее количество слов, чем употребляют.

Но по мере взросления, становится заметно, что дети испытывают трудности с общением со сверстниками, т.к. речь невнятна и скудна, они путают буквы (особенно согласные). Дети предпочитают пользоваться не речью, а указательными жестами, мимикой, передавая ими свое желание получить какой-то предмет.

Обращение к особым детям должно быть на доступном языке. Фразы короткие, простые и понятные. Говорить отчетливо, неторопливо и по возможности не повышая голоса. Так же для лучшей передачи информации желательно использовать жесты, мимику. Т.е. наша речь должна быть красочно и эмоционально оформлена.

ВОСПРИЯТИЕ: Из-за неустойчивого внимания, а оно у детей серьезно нарушено, и недостаточно развитой памяти страдает произвольное запоминание и механическая память. Иными словами дети успешнее запоминают наглядный материал — яркие картинки, изображающие хорошо знакомые объекты, или реальные, часто употребляемые предметы. Однако и они сохраняются в их памяти ненадолго. Они вспоминают лишь то, что произвело на них большое впечатление — очень понравилось, привлекло, испугало и т.п.

В целях лучшего запоминания доступной для них инструкции, будьте готовы к тому, что:

- информацию вам придется давать поэтапно,
- дозировано,
- по несколько раз,
- используя при этом жесты, мимику,
- яркий интересный наглядный материал.

Причем продолжительность занятий должна быть весьма ограничена, т.к. дети крайне импульсивны и несосредоточенны и быстро теряют интерес. Их внимание очень трудно удержать. Поэтому старайтесь заинтересовать ребенка интересным наглядным материалом, ведите себя спокойно, сдержанно, уверенно, без суеты. Ваши движения должны быть просты и понятны для них.

МЫШЛЕНИЕ: Большую роль в становлении и развитии познавательной деятельности ребенка играет мышление. У детей с интеллектуальной недостаточностью наблюдается недостаточность всех уровней мыслительной деятельности. Их затрудняет решение даже простейших, наглядно-действенных задач. Так например, им даже сложно объединить разрезную картинку, знакомого объекта, из 2-3 частей, выбрать геометрическую фигуру по образцу и т.п. Они не могут сохранить в своей памяти показанный им образец и действуют ошибочно. Причем одни и те же ошибки многократно повторяются.

Одно из основных направлений коррекционной работы - работа над развитием всех форм мышления. Потому что это является важнейшим фактором, способствующим продвижению детей в познавательной деятельности. А так как движения детей неловки, часто импульсивны, чрезмерно быстры или, напротив, слишком замедленны, то старайтесь обращаться к детям спокойно по имени, не делая постоянных замечаний. Постоянно подчеркивайте старание, отвлекайте от нежелательного поведения, не старайтесь слишком опекать, дайте возможность самостоятельно выполнять задания.



МОТОРИКА: У детей отмечаются отклонения в развитии моторики. Сложности со «щипковым» и «пинцетным» захватом не позволяют ребенку правильно держать карандаш и ручку, научиться писать. Недоразвитие мелкой моторики также мешает обслуживать себя: ребенок долго не умеет пользоваться чашкой и ложкой, не могут самостоятельно одеться и раздеться, правильно сложить свои вещи. Особую сложность представляет для них застегивание и растегивание пуговиц, а также зашнуровывание ботинок.

Неловкость движений обнаруживается и в ходьбе, беге, прыжках, во всех видах практической деятельности. Они ходят неуклюже, шаркая ногами. Слабое развитие моторики сказывается на других видах деятельности. Так, их рисунки выполнены нетвердыми, кривыми линиями.

Все отрабатываемые ими действия необходимо выполнять каждый день, под руководством взрослого. Помощь должна быть в форме совместной деятельности, показа. Обязательно все сопровождать речью.

ЛИЧНОСТЬ РЕБЕНКА: Проявление эмоций у умственно отсталого ребенка зависит от его возраста, от глубины и структуры дефекта. Дети младшего дошкольного возраста отзывчивы на одобрение, порицание. Различают ласковую и недовольную интонации. Они не могут выражать свои эмоции вербально. Свое отношение к человеку они выявляют прикосновением к нему, улыбкой, заглядыванием в лицо. Некоторые дети при этом произносят отдельные звукосочетания или простые, не всегда правильно звучащие слова типа «мама», «любу». Они любят своих родителей и воспитателей.

В зависимости от клинического варианта дефекта дошкольники ведут себя по-разному, проявляя свои эмоции. Возбудимые дети берут игрушку и тут же ее бросают. Проявления гнева, обиды, радости выражаются бурно, импульсивно и не контролируются детьми. Поведение часто не соответствует общепринятым правилам и нормам. Заторможенные умственно отсталые дошкольники действуют вяло, нерешительно.

Поэтому, как говорилось уже выше, к детям необходимо:

- обращаться спокойно, по имени, не делая постоянных замечаний;
- постоянно подчеркивать старание;
- отвлекать от нежелательного поведения.

СПЕЦИФИКА ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С УО

К ребенку с таким заболеванием очень важно найти правильный подход. Обычно это сделать несложно, поскольку такие дети бесхитростные, добрые. Главной задачей родителей и нас педагогов является правильная расстановка приоритетов в воспитании особенного малыша.

Необходимо:

- создание в семье и группе комфортной, благоприятной, спокойной обстановки;
- стремиться понять и полюбить особенного ребенка;
- посвящать большее количество времени общению с ребенком;
- социально адаптировать ребенка, чтобы он был готов к самостоятельной жизни вне дома.

При легкой степени отсталости хорошие результаты дадут доброжелательные разговоры с ребенком, развивающие игры, чтение книг.



Постоянное общение и систематические интеллектуальные занятия защитят мозг от деградации и будет стимулировать развитие интеллектуальной деятельности. Малыш начнет испытывать удовольствие от такой деятельности и со временем сам проявит инициативу. Родителям надо помочь и объяснить, что они должны быть заинтересованы в максимальном развитии своего особенного малыша, что должны приложить все усилия для нахождения нужных методов и приемов взаимодействия с ребенком. А для обучения ребенка, так и для налаживания его контакта с окружающими, им помогут и специалисты, и воспитатели, и медики.

СИНДРОМ ДАУНА.



К детям с интеллектуальной недостаточностью относятся и дети с синдромом Дауна. Во всем мире людей с синдромом Дауна называют «солнечными», потому что они добры, дружелюбны, открыты и беззащитны, не способны кого-либо обидеть. Как все дети, они любят играть, танцевать, шалить, узнавать что-то новое.

Но жить, развиваться, учиться и проявлять свои творческие способности, дети с синдромом Дауна способны лишь в атмосфере любви. Им нужно чуть больше помощи, внимания и понимания - как со стороны семьи, так и всего общества.

Синдром Дауна – это самое распространенное генетическое заболевание, вызванное аномалией 21-й хромосомы, которое проявляется в виде умственной отсталости, пороков сердца и нарушения развития. Обычно в каждой клетке находится 46 хромосом, половину которых мы получаем от матери, а половину - от отца. У человека с синдромом Дауна в 21-ой паре хромосом имеется третья дополнительная хромосома, в итоге их 47.

Синдром получил название в честь британского врача Джона Дауна, впервые его обнаружившего в 1866 году. Синдром не лечится, и от него не выздоравливают.

По [данным](#) Всемирной Организации Здравоохранения, на 700 новорожденных приходится один грудничок с синдромом Дауна.

Факторы:

Ребёнок с синдромом Дауна может родиться в любой семье, у родителей любого возраста, любой национальности, любой религии.

Исследования позволило выявить четыре фактора, влияющие на вероятность синдрома Дауна у ребенка:



- немолодой возраст родителей: мать старше 35 лет, отец старше 45 лет;
- слишком молодой возраст матери (до 18 лет);
- близкородственные браки;
- возраст бабушки по материнской линии *(Чем старше была бабушка, когда рожала дочь, тем выше вероятность, что та родит ей внука или внучку с синдромом Дауна.)*

Большинство (80%) всех больных синдромом Дауна в действительности рождены молодыми женщинами в возрасте до 30 лет.

Характерные внешние признаки:

- монголоидный разрез глаз;
- кожная складочка у внутренних уголков глаз (эпикантус);
- широкая переносица;
- деформированные ушные раковины;
- немного увеличен язык, из-за чего детки часто его высовывают, повышенное слюнотечение (саливация);
- волосы тонкие, сухие;
- укорочены пальчики рук, мизинцы искривлены;
- уплощённый затылок;
- деформация грудной клетки, килевидная или воронкообразная.

Но дальнейшее обследование ребенка выявляет еще:

- пигментные пятна по краю радужной оболочки глаз (пятна Брушфильда).
- размер ротовой полости чуть меньше нормы ;
- маленькое аркообразное небо;
- мышечную гипотонию (снижение мышечного тонуса). Из-за этого мышцы пресса ослаблены, поэтому у детей животик немного выпирает. Некоторых может мучить грыжа, но уже к 13-15 годам она проходит сама собой;
- повышенную подвижность суставов;
- на ножках увеличено расстояние между первым и вторым пальцами;
- короткие и широкие кисти;
- на ладонке может быть только одна поперечная складка.

Помимо вышеперечисленного у « солнечных » детей отмечаются нарушения со стороны внутренних органов.

Изменения со стороны внутренних органов:

- со стороны сердечно-сосудистой системы у детей - сочетанные, множественные, врожденные пороки сердца, аномалии крупных сосудов;
- со стороны дыхательной системы – остановки дыхания во сне из-за большого языка и особенностей строения ротоглотки;
- проблемы со стороны зрения (врожденная катаракта, глаукома, страбизм-косоглазие);
- нарушение слуха;
- заболевания щитовидной железы;
- патологии желудочно-кишечного тракта;
- аномалии опорно-двигательного аппарата (дисплазия тазобедренных суставов, одностороннее или двустороннее отсутствие одного ребра, искривление пальцев, низкий рост, деформация грудной клетки) ;



- недоразвитие почек.

На что еще обратить внимание?

Кожа

У детей с синдромом Дауна тонкая кожа, которая слишком подтверждена влиянию окружающей среды. Зимой их кожа сильно сохнет, может трескаться, летом становится шероховатой на ощупь. В младенчестве наблюдаются частые высыпания.

Подвижность

Хотя и мальчики, и девочки обычно все подвижные, любят активные игры, бегают, но движения у них часто несогласованные, бывают проблемы с координацией. В первые несколько месяцев жизни особенные малыши почти неподвижны. Без помощи взрослых они не могут переворачиваться, принимать другие положения — их мышцы очень слабы.

Не стоит забывать и про мелкую моторику. Развитие детей длится дольше, только на 4-5 месяце жизни для таких новорождённых открывается мир предметов.

Но если делать большой акцент на владение пальчиками, игр с ними, то дети способны на многое. В противном случае писать, рисовать, играть, да даже заниматься обычными делами в дальнейшем им будет тяжело.

Тонкости психики

Как правило, дети любознательны, открыты, очень общительны.

Они существенно отличаются от детей с тяжелой умственной отсталостью. Если отставание и есть, то оно лёгкое или среднее, что не так уж и страшно. Некоторые «солнышки» учатся в обычных школах и даже осваивают разные профессии.

Да, они плохо концентрируются и часто бывают рассеянными. А из-за небольшого объема кратковременной памяти им приходится учиться усерднее.

Обладают хорошей подражательной способностью, что способствует привитию навыков самообслуживания и трудовых процессов.

Родителям очень важно самим ежедневно заниматься с таким ребёнком. Плюс не пренебрегать помощью специалистов — психолога, дефектолога, логопеда. Важно научить особенных детей жить в обществе, а не скрываться дома. Нужно показывать им, как ухаживать за собой, как общаться с другими людьми и даже дружить!

Факторы затрудняющие развитие

Речь появляется поздно и на протяжении всей жизни остаётся недоразвитой. Если ребёнок с синдромом Дауна не реагирует на вопросы или, наоборот, отвечает невпопад, то это не потому, что он чего-то не понимает. Скорее всего, причины две:

1. Плохой слух. Ситуацию исправит слуховой аппарат.
2. Ребенок не в настроении: вот ребёнок

был активен, включён в работу, а потом резко произошла смена настроения и всё — ему больше не хочется участвовать в происходящем. Он замыкается.

Конечно, такие особенности развития детей, с синдромом Дауна, сильно усложняют процесс обучения. «Солнечным» детям больше нравится наблюдать за процессом, чем участвовать в нём. Так, например, на физкультуре ребёнок с синдромом Дауна с радостью смотрит, как другие резвятся с мячами, обручами и скакалками, а сам не хочет даже попробовать.



Концентрация и эмоции

Еще одна особенность развития детей с синдромом Дауна — сосредоточенность на одной задаче. Другие дети легко переключаются, им даже часто надоедает заниматься чем-то одним. Ребенок с синдромом захочет непременно довести действие до конца. Он не переключит внимание, пока не будет полностью удовлетворен результатом.

В целом детям с синдромом Дауна свойственна эмоциональность. Скрывать эмоции у них не получается — они часто смеются, улыбаются, редко бывают грустными. Они могут быть очень ласковы, добры и нежны. Эти дети тонко чувствуют чужую боль и страдания, не умеют лгать и лицемерить, натягивать маску равнодушия.

Коррекционно - развивающая работа с детьми с синдромом Дауна строиться также, как и с детьми с олигофренией.

Цель коррекционной работы - социальная адаптация, приспособление к жизни и возможная интеграция в общество.



Детям, с интеллектуальной недостаточностью, сложно выполнять точные движения и с мелкими, и крупными предметами, а так же справляться с бытовыми проблемами, им необходимо развивать мелкую моторику рук. Важно, чтобы пальцы рук детей действовали согласованно и координировано. Но умелыми пальцы становятся не сразу. Поэтому в работе с детьми рекомендую использовать: пальчиковые игры и игровые упражнения, различные шнуровки, мозаику, массажи рук и запястий. Все перечисленное поможет детям и правильно держать ложку, застегивать пуговицы, и делать первые каракули на бумаге.

Примерами являются такие игры, как:

- «Ладушки-ладушки»
- «Кто быстрее перенесет фрукты»
- «Прокати шарики»...

Полезно будет предложить ребенку в игровой форме взаимодействовать с любыми предметами. Также моторику хорошо развивают любые занятия творчеством: лепка, рисование, аппликация... Можно сделать или приобрести особую игрушку-тренажер (бизиборд), содержащую в себе несколько элементов, с которыми нужно взаимодействовать.

Например, это может быть матерчатая панель, к которой пришиты шнурки, которые можно будет завязать, и несколько молний, которые можно



будет расстегнуть и застегнуть.

А так как мы знаем, что ум ребенка находится на кончиках его пальцев, и если мы будем развивать его мелкую моторику рук, то будет развиваться и речь и физиологические, и психические процессы ребенка.

Для развития мышления можно использовать такие игры, как например:

- «Назови одним словом» (перечисляются слова «лиса», «заяц», «волк», и дети должны сказать, что это дикие животные, и так далее),
- «Найди лишнее»,
- «Разложи по порядку»....

Практически все игры в той или иной степени развивают память.

Но наиболее ценными являются игры, которые позволяют ребенку усвоить важные сведения об окружающем мире (*информацию о цветах, форме, размерах и так далее*). К примеру, к ним можно отнести такие игры, как например:

- «Чудесный мешочек» (развитие моторики и умения распознавать предметы на ощупь),
- «Большой-маленький»...

Театрализованная деятельность помогает ребенку преодолеть робость, неуверенность в себе, застенчивость. Это хорошая возможность развития творческого потенциала ребенка в дальнейшем помогает ему социализироваться.

Подвижные игры, игры-эстафеты, позитивно влияют на физическое и психическое состояние детей. Очень важно детям находиться в обществе сверстников. Так у ребенка появляются примеры для подражания. Он копирует поведение других во время игр, начинает быстрее и лучше разговаривать.

«Дидактическое пособие «ПАРОВОЗ»

Использование дидактических игр на индивидуальных и подгрупповых занятиях с детьми с ОВЗ ».



Предлагаю вашему вниманию многофункциональное дидактическое пособие « Паровозик ».

Его можно применить в разных играх . Игры эти с усложнением , т.е. от простого к сложному. Пособие можно применять , как с детьми с ОВЗ , так и с нормально развивающимися дошкольниками. Используя его, можно увидеть интеграцию познавательного , речевого, социально - личностного , коммуникативного , художественно-эстетического развития детей.

Главной целью является устранение и профилактика нарушений речи у детей.



Задачи: игры позволят расширить и обогатить лексический запас, скорректировать грамматический строй речи, развивать связную речь, сформировать просадическую сторону речи, развивать мелкую моторику рук, развивать сенсорику, математические представления, а так же скоординировать усидчивость и поведение дошкольников. Помимо перечисленного будет способствовать развитию памяти, мышления и воображения.

Правильно спланированная работа педагога позволит детям легко усвоить новый материал. С этой целью предлагаю использовать дополнительно разнообразный дидактический материал (предметные картинки, игрушки, муляжи, карточки, буквы, цифры, фишки...)
Данное пособие можно применять, как в индивидуальной работе, так и малыми подгруппами. Конечно это зависит с кем вы хотите применить его. Если дети спокойны и могут работать в подгруппе, то пожалуйста можете поиграть с 2-3 детьми. И так начнем с самого простого.

Д/И « Собери паровоз »

Цель: развитие мелкой моторики, закрепление основных цветов, счет до 5.

Оборудование: паровоз, мышка (другое животное)

Ход игры: Воспитатель кладет перед ребенком вагончики разного цвета и просит собрать поезд.

В.: « Маша, мы сейчас с тобой, вместе с мышкой Шушей, отправимся в путешествие на поезде. Но посмотри, у нас беда, поезд сломался. Давай его починим и соберем все вагончики.

Будем собирать?»

Р.: « Да »

Воспитатель дает команду: «Маша, возьми красный вагон»

Ребенок берет вагон. Но может ошибиться. В этом случае спросить:

«Это красный? Нет, это желтый. Где красный?» Дать ребенку время, чтобы он выбрал правильный вагон. Но если ребенок затрудняется, то помочь и показать нужный вариант:

«Вот красный вагон. Возьми его»

Ребенок крепит красный вагон к основному составу.

В.: «Молодец! Мы починили один вагон. Сколько мы починили вагонов? Один!» При этом показываем один палец и просим ребенка повторить за нами.

Обыграть каждый цвет и счет вагонов.

Затем воспитатель дает команду: «Маша, посчитай вагоны» Считают вместе: «Один, два, три, четыре, пять».

Воспитатель дает команду: «Покажи красный (другие цвета) вагон».

«Это какой вагон?» Ребенок показывает и, если может, называет цвет.

В.: « Молодец! Ты починила поезд. Теперь мы можем отправляться в путешествие.

Кто с нами поедет?

Кто это »

Р.: «Мышка – Шуша ».

В.: « Поехали ! Ту-ту, ту-ту !!!!»

Д /И « Почини колеса»

Цель: развитие мелкой моторики, закрепление и соотношение основных цветов, счет до 2, закрепление понятий « одинаковые», « такое же», (при усложнении) закрепление понятий « сначала», « потом».

Оборудование: паровоз, разноцветные колеса, мышка (другое животное)

Ход игры: Воспитатель кладет перед ребенком поезд и колеса разного цвета и просит починить поезд и одеть колеса.



В.: «Маша, мы сейчас с тобой, вместе с мышкой Шушей, отправимся в путешествие на поезде. Но посмотри, у нас беда, поезд сломался. Давай его починим и оденем все колеса. Будем одевать?»

Р.: «Да»

Воспитатель дает команду: «Маша, возьми красное колесо и одень на красный вагон»

Ребенок берет колесо. Но может ошибиться. В этом случае спросить:

«Это красный? Неет, это желтый. Где красное колесо?» Дать ребенку время, чтобы он выбрал правильное колесо. Но если ребенок затрудняется, то помочь и показать нужный вариант:

«Вот красное колесо. Возьми его»

Ребенок крепит красное колесо на нужный вагон.

В.: «Молодец! Мы одели одно колесо. Сколько колес? Один! Одно колесо» При этом показываем один палец и просим ребенка повторить за вами.

В.: «Маша, найди такое же колесо. Какой цвет?»

Р.: «Красный».

Воспитатель дает команду: «Маша, возьми красное колесо и одень на красный вагон»

Ребенок крепит красное колесо на нужный вагон.

В.: «Молодец! Мы одели второе колесо. Сколько колес? Давай посчитаем. Один, два.

Сколько колес?» При этом показываем два пальца и просим ребенка повторить за вами: «Два!»

В.: «Маша, смотри мы одели два колеса. Они одинаковые! Это красное и это красное.

Какие колеса?» Помогает ребенку ответить: «Одинаковые»

Обыграть каждый цвет колес и вагонов.

При усложнении

Ход игры: Воспитатель кладет перед ребенком поезд и колеса разного цвета и просит починить поезд и одеть колеса.

В.: «Маша, мы сейчас с тобой, вместе с мышкой Шушей, отправимся в путешествие на поезде. Но посмотри, у нас беда, поезд сломался. Давай его починим и оденем все колеса. Будем одевать?»

Р.: «Да»

Воспитатель дает команду: «Маша, возьми сначала красное колесо, а потом синее и одень на красный вагон»

Ребенок берет колеса.

Дать ребенку время, чтобы он выбрал правильные колеса и одел их на нужный вагон в заданной последовательности. Но если ребенок затрудняется, то помочь и показать нужный вариант:

«Вот красное колесо. Возьми его. А вот синее. Одень сначала (первое) красное, а потом (второе) синее».

Ребенок крепит на красный вагон красное колесо, а потом синее.

В.: «Молодец! Сколько колес? Один, два! Два колеса.» При этом показываем два пальца и просим ребенка повторить за вами: «Два!»

Обыграть каждый цвет колес и вагонов.

Воспитатель дает команду: «Покажи вагон, где сначала колесо красное, а потом синее. Это какой вагон?» Ребенок показывает и, если может, называет цвет. Закрепить каждый цвет колес и вагонов.

В.: «Молодец! Ты починила поезд. Теперь мы можем отправляться в путешествие.

Кто с нами поедет? Кто это?»

Р.: «Мышка – Шуша».

В.: «Поехали! Ту-ту, ту-ту!!!!»



Д/И « Поезд и звуки»

Цель: - длительное звучание гласных звуков;
- развитие голоса;
- развитие дыхания.

Оборудование: паровоз, фишки с гласными звуками.

Ход игры: Воспитатель кладет перед ребенком паровоз и ,например: фишку с буквой «А». Потом дает команду: *«Пошли по вагонам и повторяй А-А-А-А»*(воспитатель дает образец, ребенок повторяет и указательным пальцем показывает на вагоны , произносит звук « А » коротко и отрывисто).

Затем воспитатель командует: *« Поехали !!!»*(Вместе с ребенком длительно произносят : *« ААААААА »* ,при этом имитируют движение поезда по столу).

Аналогично проработать можно и другие гласные звуки.

Д/И « Путешествие на поезде »

Цель: - закрепление цвета; - закрепление счета до 5; - закрепление предлогов; перед, за, между;
- закрепление понятий: вначале, в середине, в конце; - закрепление лексической темы « Домашние животные» (или др. тема)

Оборудование : паровоз, разноцветные колеса , животные (заяц , мышка , кошка , собака...)

Ход игры: Воспитатель кладет перед ребенком вагончики разного цвета, а также разноцветные колеса, картинки с изображением домашних животных и просит собрать поезд, чтобы отправить животных в путешествие. В каких - то вагонах уже есть животные.

В.: *«Маша, мы сейчас с тобой отправимся в путешествие на поезде. С нами поедут вот эти домашние животные. Но посмотри , у нас беда, поезд сломался. Давай его починим и соберем все вагончики. Будем собирать?»*

Р.: *« Да»*

Воспитатель дает команду: *«Маша, возьми красный вагон»*

Ребенок берет вагон.

Дать ребенку время , чтобы он выбрал правильный вагон. Но если ребенок затрудняется, то помочь и показать нужный вариант:

«Вот красный вагон. Возьми его»

Ребенок крепит красный вагон к основному составу.

В.: *«Молодец! Мы починили один вагон. Сколько мы починили вагонов ? Один!»* При этом показываем один палец и просим ребенка повторить за вами.

Обыграть каждый цвет и счет вагонов.

Затем воспитатель дает команду : *«Маша, посчитай вагоны »*

Считают вместе: « Один , два , три , четыре , пять».

Воспитатель дает команду: *« Вагоны мы зацепили.*

Теперь починим и оденем все колеса. Будем одевать?»

Р.: *« Да»*

Воспитатель дает команду: *«Маша, возьми два красных колеса и одень на красный вагон»*

Ребенок берет колеса. Но может ошибиться.

Дать ребенку время , чтобы он выбрал правильные колеса.

Но если ребенок затрудняется, то помочь и показать нужный вариант :

Вот красное колесо и вот. Возьми их » Воспитатель указывает пальцем на правильный вариант.



Ребенок крепит красные колеса на нужный вагон.

В.: *«Молодец ! Мы одели колеса. Сколько колес ? Один, два ! Два колеса.»* При этом показываем два пальца и просим ребенка повторить за вами.

Обыграть каждый цвет колес и вагонов.

В.: *«Ну поезд мы починили. Теперь надо посадить наших домашних животных. Нужно Заю посадить в вагон. Зая ходит по вагонам и ищет свой вагон.»*

Воспитатель берет зайца и имитирует прыжки по вагонам, произнося: *«Тук-тук-тук.»*

В.: *«Посади Заю в последний вагон.»*

Ребенок берет зайца и имитирует прыжки по вагонам, произнося :

«Тук-тук-тук.» Имитирует прыжки к последнему вагону.

В.: *«В какой вагон посадила Заю ? (ребенок называет цвет вагона).»*

В.: *«Поехали!!! Ту-ту-ту-ту !!!»*

Воспитатель дает собаку и обыгрывает так же.

Затем дает команду : «Посади собаку между кошкой и зайцем . В какой вагон посадила собаку ?» (ребенок выполняет и называет цвет вагона).

В.: *«Поехали!!! Ту-ту-ту-ту !!!»*

Обыграть все предлоги и всех животных.

Д/И « Кому дали колесо ?»

Цель: - закрепление цвета; - развитие понимания речи; - употребление существительных в Д.П.; - закрепление лексической темы « Домашние животные» (или др.тема).

Оборудование : паровоз, разноцветные колеса , животные (заяц , мышка , кошка, собака, коза ...)

Ход игры:

Воспитатель перед ребенком выкладывает паровоз , на котором по одному уже одеты колеса.

Другие колеса лежат перед ребенком. В вагонах сидят домашние животные.

В.: *«Маша, смотри поезд сломался. Давай поможем домашним животным отправиться в деревню. Но надо поезд починить. Возьми зеленое колесо и одень их на зеленый вагон. Где зеленый вагон?»*

Р.: *«Вот».*

В.: *«Почини. Одень колесо. Кому дал колесо?»*

Р.: *«Зае»*

Проиграть все запланированные цвета.

Д/И « Посади в вагон »

Цель: - закрепление цвета; - развитие понимания речи;

- развитие внимания; - употребление существительных в Р.П.;

- закрепление лексической темы « Домашние животные» (или др.тема).

Оборудование: паровоз, звонок, картинки домашних животных (заяц, мышка, кошка, собака, коза ...)

Ход игры : Воспитатель перед ребенком выкладывает паровоз , звонок и картинки животных.

В. : *«Маша , когда я позвоню, посадишь Заю в зеленый вагон»*

Ребенок выполняет.

В.: *«Кого посадила ?»*

Р.: *«Заю».*

В.: *«В какой вагон ?»*

Р.: *«Зеленый.»*

Отработать всех животных и запланированные цвета.

