

ГБУ НСО «ОЦДК»

Государственное бюджетное учреждение Новосибирской области, - Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям

«ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»



**СОЗДАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
УСЛОВИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Методические рекомендации для специалистов ПМПК

НОВОСИБИРСК 2016

ГБУ НСО «ОЦДК»

Составители:

Ольга Алексеевна Мельникова, методист ГБУ НСО «ОЦДК»

Тамара Васильевна Жинко, методист ГБУ НСО «ОЦДК»

Ксения Владимировна Распетюк, педагог-психолог ГБУ НСО «ОЦДК»

Методические рекомендации предназначены специалистам психолого-медико-педагогических комиссий, ППМС-центров, педагогам образовательных организаций и могут использоваться как своеобразный «методический конструктор», позволяющий определять для каждого выявленного ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата такой набор специальных образовательных условий, который отвечал бы требованиям адресности, адекватности, вариативности, полноты и динамичности.

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка	5
Историческая справка	6
Классификация нарушения опорно-двигательного аппарата	8
Клиническая характеристика детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.....	12
Особенности психического развития детей с ДЦП.....	16
Комплексное психолого-педагогическое исследование детей с НОДА в условиях ПМПК	38
Рекомендации ПМПК по обучению детей с НОДА.....	41
Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с НОДА (по варианту 6.1.):	44
Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с НОДА по варианту 6.2	47
Психолого-педагогическая характеристика умственно отсталых обучающихся с НОДА вариант 6.3	49
Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с НОДА вариант 6.4	51
Некоторые рекомендации по особенностям организации образовательного процесса.....	56
Некоторые рекомендации по особенностям овладения учебным материалом.....	57
Пакет специальных условий включения детей с НОДА в.....	59
общеобразовательных организациях	59
Алгоритм проектирования заключения пмпк для обучающихся с НОДА.....	64

ГБУ НСО «ОЦДК»

Нормативно-правовая база организации комплексной ППМС-помощи детям	102
Литература:	104

Пояснительная записка

В соответствии с действующим федеральным «Законом об образовании в РФ»¹, дети с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) могут обучаться «как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность» (ст. 79, п.4), но во всех случаях для них должны *быть созданы специальные образовательные условия*. Специальные образовательные условия представлены в российском образовательном законодательстве как право на гарантированный каждому ребенку с проблемным развитием набор условий, «без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ОВЗ». Закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273 «Об образовании в РФ»

Особую группу детей с ОВЗ составляют дети с нарушением опорно-двигательного аппарата. В связи с этим актуален вопрос разработки рекомендаций по созданию специальных образовательных условий для детей с ДЦП.

Законом совершенно четко и однозначно определены обязанности различных субъектов по реализации этого права:

государственные органы разного уровня ответственны за создание соответствующих социально-экономических условий для получения качественного образования детьми с ОВЗ;

психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК) обязаны определять, рекомендовать специальные образовательные условия для детей с ОВЗ;

образовательные организации обязаны предоставлять всю полноту необходимых ребенку специальных образовательных условий, следуя рекомендациям психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК);

педагогические работники обязаны эти условия соблюдать в своей ежедневной практике работы с детьми (ст. 48).

В этой ситуации ПМПК необходимо существенно менять задачи и целевые установки, технологии работы и содержание заключений и рекомендаций для детей с ДЦП. Методические рекомендации направлены на оказание помощи сотрудникам территориальных ПМПК и могут использоваться как своеобразный «методический конструктор», позволяющий определять для каждого выявленного ребенка с ДЦП такой набор специальных образовательных условий, который отвечал бы требованиям адресности, адекватности, вариативности, полноты и динамичности.

Историческая справка

Ортопедические заболевания занимают особое место в детской патологии, влияя на характер детской инвалидности. Нарушения функций стопы и осанки - сложнейшая медицинская и социальная проблема. Внимание к ней не ослабевает на протяжении многих веков. Число детей с ортопедическими патологиями продолжает расти. Болезни опорно-двигательного аппарата (ОДА) занимают одно из первых мест среди заболеваний.

Самая многочисленная группа – дети с детским церебральным параличом (ДЦП). Термин ДЦП существует уже более столетия. Сама болезнь, вероятно, существовала и без названия на протяжении всей истории человечества. Однако, несмотря на свою долгую историю, до настоящего времени нет единства во взглядах на эту проблему.

Наряду с обобщенным термином ДЦП, в клинической практике иногда используется термин «болезнь Литтла». Такое название было предложено в честь британского хирурга-ортопеда Уильяма Джона Литтла, который в середине XIX века первым установил причинную связь между осложнениями во время родов и нарушениями умственного и физического развития детей после рождения (1862).

Подобные двигательные нарушения назывались болезнью Литтла до тех пор, пока канадский врач Уильям Ослер в 1889 году не предложил использовать термин «церебральные параличи». В обширной монографии «Церебральные параличи у детей» он также отметил связь между трудными родами и поражениями нервной системы у детей.

Вслед за Литтлом, в течение более чем века, основной причиной ДЦП считалась асфиксия в родах. Хотя ещё в конце XIX века с этой концепцией не согласился Зигмунд Фрейд, заявив что патология в родах является лишь симптомом более ранних нарушений плода. Фрейд, будучи неврологом, заметил связь между ДЦП и некоторыми вариантами умственной отсталости и эпилепсии. В 1893 году им был введён термин «детский церебральный паралич», а в 1897 году он высказывал предположения, что данные поражения связаны больше с нарушением развития мозга ещё во внутриутробном периоде. Именно Фрейд, на основании своих работ в 1890-х объединил различные нарушения, вызванные ненормальным постнеонатальным развитием головного мозга под одним термином и создал первую классификацию детского церебрального паралича.

Классификация ДЦП по Фрейду (из монографии «Детский церебральный паралич», 1897):

1) гемиплегия, 2) церебральная диплегия (двусторонний церебральный паралич): генерализованная ригидность (болезнь Литтла), параплегическая ригидность, двусторонняя гемиплегия, генерализованная хореза и двойной атетоз. На основании этой классификации были составлены все последующие.

Для дальнейшего развития современных взглядов на церебральные параличи был создан в 1957 году Клуба Литтл, через два года работы которого опубликован Меморандум по терминологии и классификации церебральных параличей. По определению Клуба Литтла, церебральный паралич – это непрогрессирующее поражение мозга, появляющееся в ранние годы жизни нарушениями движений и положения тела.

В дальнейшем различные трактовки этого понятия предлагались учеными разных стран мира, в том числе ведущим советским специалистом по данной проблеме, профессором Ксенией Семеновой. По ее мнению, ДЦП объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Созвучным было определение ДЦП, предложенное академиком Леоном Бадаляном: термин «церебральные параличи» объединяет группу синдромов, возникших в результате недоразвития или повреждения мозга в пренатальный, интранатальный и ранний постнатальный период.

Важной вехой в развитии взглядов на ДЦП стал прошедший в 2004 году в Мериленде (США) Международный семинар, результаты которого были опубликованы в статье «Предложение по определению и классификации церебрального паралича». Авторы предложили следующее определение: «Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничения активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением развивающегося мозга плода или ребенка.

Вплоть до конца 90-х годов прошлого века был характерен дефицит книг на русском языке по проблеме нарушений функций опорно-двигательного аппарата, особенно по педагогике и психологии детей данной категории. В начале XXI века ситуация изменилась: появились переводы зарубежных источников (Х. Кнупфер, Ф.В. Ратке, А. Финк, Р. Хольц, Н.Г. Уэстрайх), ряд книг российских авторов (И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, О.Г. Приходько, К.А. Семенова, И.А. Смирнова, Л.М. Шипицина и др.).

Классификация нарушения опорно-двигательного аппарата

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» (НОДА) носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям, имеющие генез органического или периферического типа. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдается у 5-7 % детей. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей этой категории отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений.

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

1. Заболевания нервной системы – детский церебральный паралич (ДЦП); полиомиелит.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата – врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника; недоразвитие и дефекты конечностей; артрогрипоз (врожденное уродство).

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата –травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);системные заболевания скелета (хондрострофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, нарушение или утрата двигательных функций).

Детский церебральный паралич (ДЦП) –группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным не прогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребёнка.

Основные диагнозы по МКБ-10

В настоящее время по МКБ-10 в разделе «Болезни нервной системы» есть 11 уточняющих диагнозов из них - относится к группе

«Церебральный паралич и другие паралитические синдромы» (G80-G83)

Код диагноза	Наименование диагноза/заболевания МКБ-10
G80	Детский церебральный паралич
G81	Гемиплегия
G82	Параплегия и тетраплегия
G83	Другие паралитические синдромы

В раннем возрасте для классификации ДЦП используется классификация Бадаляна Л.О.(1988), в которой выделяются спастические (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия), дистоническая и гипотоническая формы.

В настоящее время нет единой клинической классификации ДЦП, которой придерживались бы все детские неврологи. Это связано с тем фактором, что при всем многообразии и сложности двигательных нарушений они с возрастом подвержены значительным изменениям. Часто имеет место, сочетанное сложное поражение как пирамидных, так и внепирамидных систем центральной нервной системы. Поэтому в клинике нечасто встречаются «чистые» случаи в виде лишь центрального пареза и спастичность без проявлений мышечной дистонии и гиперкинезов.

На территории России часто применяется классификация детского церебрального паралича по К. А. Семёновой (1973). В настоящее время, по МКБ-10 используется следующая классификация:

Спастическая тетраплегия (G80.0) (При большей выраженности двигательных расстройств в руках может использоваться уточняющий термин «двусторонняя гемиплегия»)

Одна из самых тяжёлых форм ДЦП, являющаяся следствием аномалий развития головного мозга, внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. У недоношенных основной причиной при перинатальной гипоксии является селективный некроз нейронов и перивентрикулярная лейкомаляция; у доношенных — селективный или диффузный некроз нейронов и парасагитальное поражение мозга при внутриутробной хронической гипоксии. Клинически диагностируется спастическая квадриплегия (квадрипарез; более подходящий термин, по сравнению с тетраплегией, так как заметные нарушения выявляются примерно одинаково во всех четырёх

конечностях), псевдобульбарный синдром, нарушения зрения, когнитивные и речевые нарушения. У 50 % детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у детей отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит вторичный характер. Тяжёлый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

Спастическая диплегия (G80.1) («Тетрапарез со спастикой в ногах»)

Наиболее распространённая разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), известная ранее также под названием «болезнь Литтла». Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). При этом, в отличие от спастической квадриплегии, больше поражены задние и, реже, средние отделы белого вещества. При этой форме, как правило, наблюдается тетраплегия (тетрапарез), с мышечной спастикой заметно преобладающей в ногах. Наиболее распространённые проявления — задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, умеренное снижение интеллекта, в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления, сегрегация). Прогноз двигательных возможностей менее благоприятен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых при нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук.

Гемиплегическая форма (G80.2). Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт

(чаще односторонний), и врождённая церебральная аномалия (например, шизэнцефалия), ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние в одном из полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна, но без циркумдукции ноги), задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.

Дискинетическая форма (G80.3) (используется и термин «гиперкинетическая форма»). Одной из самых частых причин данной формы является перенесённая гемолитическая болезнь новорождённых, которая сопровождалась развитием «ядерной» желтухи. Также причиной является statusmarmoratus базальных ганглиев у доношенных детей. При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсионная дистония (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется произвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности. Выделяются атетоидный и дистонический (с развитием хореи, торсионных спазмов) варианты данной формы ДЦП.

Атаксическая форма (G80.4) (раннее использовался и термин «атонически-астатическая форма»)

Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефlekсами. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии.

Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врожденной аномалии развития. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом (мышечная гипотония, атаксия) и различными симптомами мозжечковой асинергии (дисметрия, интенционный тремор, дизартрия). При этой форме ДЦП подчёркивается умеренная задержка развития интеллекта, а в ряде случаев имеет место олигофрения в степени глубокой дебильности или имбецильности. Более половины случаев диагностированной данной формы являются нераспознанные ранние наследственные атаксии.

Смешанные формы (G80.8)

Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы) форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии (при асимметричных кистозных очагах в белом веществе головного мозга, как последствие перивентрикулярной лейкомаляции недоношенных).

Клиническая характеристика детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5–7 % детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с двигательной патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне неоднороден как в клиническом, так и в психолого-педагогическом отношении.

У всех детей ведущими в клинической картине являются двигательные расстройства (задержка формирования, недоразвитие или утрата двигательных функций), которые могут иметь различную степень выраженности:

- **при тяжелой степени** двигательных нарушений ребенок не владеет навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, он не может самостоятельно обслуживать себя;

- **при средней** (умеренно выраженной) степени двигательных нарушений дети владеют ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.), т. е. самостоятельное передвижение детей затруднено. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивных функций рук;

- **при легкой степени** двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у них могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки; движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

Всех дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата условно можно разделить на две категории, которые нуждаются в различных вариантах психолого-педагогической поддержки и создания специальных образовательных условий.

К первой категории (с неврологическим характером двигательных расстройств) относятся дети, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы.

Большинство детей этой группы составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП) (89 % от общего количества детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата).

При ДЦП нарушения развития имеют, как правило, сложную структуру, т. е. отмечается сочетание двигательных, психических и речевых нарушений. Степень тяжести психомоторных расстройств варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубые нарушения, а на другом — минимальные. У детей может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при легких двигательных расстройствах могут наблюдаться выраженные интеллектуальные и речевые нарушения, а при тяжелой степени двигательной патологии могут быть незначительные отклонения в интеллектуальном и речевом развитии. Нередко у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения координации движения: они ходят на широко расставленных ногах, походка их крайне неустойчива, а при испуге или волнении могут упасть. У детей с церебральным параличом навыки самообслуживания чаще всего недостаточно сформированы, предметно-практическая деятельность

крайне ограничена, и они практически не готовы к овладению навыками рисования, письма.

Задержка и нарушение формирования всех двигательных функций оказывают неблагоприятное влияние на формирование психики и речи. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии (нарушено формирование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности). Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей: неравномерный характер нарушений отдельных психических функций; сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире; высокая истощаемость; пониженная работоспособность. Чаще всего характерна недостаточность пространственных и временных представлений, тактильного восприятия, конструктивного праксиса. Нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем (патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства) существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей — умственная отсталость (различной степени тяжести). Основным нарушением познавательной деятельности при ДЦП является задержка психического развития (ЗПР) органического генеза. ЗПР при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. При ранней, систематической, адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. У детей отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической. Наиболее частая форма речевой патологии при ДЦП — дизартрия, которая редко встречается в изолированном виде, а сочетается с задержкой речевого развития или алалией. У дошкольников с церебральным параличом нередко отмечается неправильное произнесение тех или иных звуков. Эти дети одни звуки не произносят совсем, другие — типа «р» — заменяют на «л», а шипящие и свистящие произносят искаженно. Иногда у детей отмечается повышенное слюнотечение. Нарушение

звукопроизношения часто затрудняет общение этих детей со своими сверстниками: боясь быть непонятыми, они не очень охотно играют с ними.

Дети, лишённые возможности свободно передвигаться и манипулировать с предметами, общаться со своими сверстниками, не могут к началу школьного обучения приобрести того запаса знаний и представлений об окружающем мире, который имеют их нормально развивающиеся сверстники.

Запас знаний и представлений об окружающем мире у этих детей ограничен и является недостаточным. Сведения об окружающем часто носят формальный характер, отрывочны, изолированы друг от друга. Дети с трудом, часто только с помощью взрослых проводят сравнение знакомых предметов с выделением в них общих и отличительных признаков. У большинства детей замедленно формируются такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости между предметами и явлениями окружающего мира, результатом чего является бедность запаса знаний и представлений, неточность имеющихся понятий, ограниченность активного и пассивного словаря. Дети не знают многих признаков, на основе которых образуются видовые и родовые понятия. Они не могут перечислить всё, что относится, например, к группе овощей, фруктов, домашних и диких животных и т. д. Кроме того, обнаруживается недифференцированность имеющихся понятий. Недостаточность знаний и представлений об окружающем мире часто является следствием того, что со многими жизненными событиями и явлениями ребенок просто не встречался и не сталкивался.

Так, детям нередко незнакомы ситуация продажи и покупки товара, различные зрелищные мероприятия. О многих вещах они не могут рассказать не в силу речевых затруднений, а только потому, что не имели достаточных представлений и практического опыта.

Нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются в том, что у одних детей отмечаются повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность, у других — заторможенность, застенчивость, робость. У дошкольников с ДЦП отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов.

Ко второй категории (с ортопедическим характером двигательных расстройств) относятся дети с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата не неврологического характера.

Обычно такие дети не имеют выраженных нарушений интеллектуального развития. У некоторых детей несколько замедлен общий темп психического развития и могут быть частично нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления. В этом случае дети, имеющие незначительное отставание познавательного развития при условии минимальной коррекционно-педагогической помощи на протяжении дошкольного возраста, к началу школьного обучения могут достичь уровня нормально развивающихся сверстников. Нередко у детей данной категории отмечаются отклонения в развитии речи. При этом могут быть нарушены все компоненты речевой функциональной системы: лексика, грамматика, фонематические процессы и звукопроизношение. Всё это требует целенаправленного логопедического воздействия.

Дети с двигательными расстройствами нуждаются в психологической поддержке из-за проблем в социально-личностном развитии, в связи с переживанием дефекта и с особенностями воспитания на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима. У многих детей отмечаются колебания внутричерепного давления, повышенная метеочувствительность и, как следствие этого, колебания эмоционального состояния, внимания и работоспособности. Некоторые лечебные мероприятия (медикаментозные препараты, процедуры), проводимые в детском саду, оказывают различное влияние на психофизическое состояние ребенка; при этом необходимо максимально ограничивать занятия или вообще не проводить их с детьми, чувствующими себя дискомфортно, чтобы не сформировать у них негативное отношение к самому процессу занятий.

Особенности психического развития детей с ДЦП

При ДЦП можно говорить об особом виде психического дизонтогенеза-*дефицитарном развитии*, которое обусловлено ранним органическим поражением структур головного мозга, обеспечивающих развитие двигательной сферы. Первичный дефект двигательного анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Именно патология двигательной системы, проявляющаяся в проведении эфферентных (моторных) и афферентных (чувствительных) импульсов ив двигательных зон головного мозга к

мышцам является первичным фактором, замедляющего и искажающего психическое развитие ребенка с ДЦП.

Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обуславливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Психическое развитие ребенка с церебральным параличом проходит те же возрастные этапы, что и здоровый ребенок, но переход от одного этапа к другому растягивается на длительные сроки.

Часто отдельные этапы психического развития представлены как бы в рудиментарной форме и тогда последующее развитие ребенка может отличаться качественными особенностями.

Ранний возраст

Уже с первых месяцев (0-6 месяцев) развитие ребенка с ДЦП отклоняется от нормативного развития. Это обусловлено патологическим влиянием тонических рефлексов на двигательно-сенсорное и вторичное эмоционально-когнитивное развитие ребенка. Влияние тонических рефлексов у здорового ребенка распространяется до 2-х месяцев. У ребенка с ДЦП они могут сохраняться в течении длительного времени и отличаться чрезмерной выраженностью, стойкостью и в ряде случаев тенденций к усилению.

В результате патологического влияния тонических рефлексов у детей с ДЦП отмечается недостаточное развитие предметного восприятия, что в свою очередь приводит к нарушению формирования предметной деятельности. Известно, что предметные действия развиваются по мере совершенствования общей моторики. Так, ребенок начинает активно манипулировать с предметами, когда хорошо держит голову, устойчиво сидит. По мере действий с предметами у него развивается активное осязание, возможность узнавания предмета на ощупь. Эта функция имеет важное значение для развития познавательной деятельности. У детей с церебральным параличом осязательные движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены.

Для развития восприятия предметов окружающего мира и познавательной деятельности важное значение имеет согласованность движений руки и глаза. Вначале ребенок, двигая рукой в пределах поля зрения, не обращает на нее внимания. Далее взгляд начинает следовать за рукой, а затем и направлять движения руки. Постепенно направляющая роль взгляда становится все более выраженной в любом целевом движении. У детей с церебральным параличом в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаза

согласованные движения руки и глаза развиваются недостаточно. Ребенок часто не следит глазами за движениями и действиями своей руки, что препятствует познавательной деятельности, выработке навыков самообслуживания, а в дальнейшем чтения и письма.

Для развития пространственных представлений у здорового ребенка наряду с двигательной системой и зрением большое значение имеет слух. Значение слухового восприятия становится более очевидным с 3 месяцев, когда поле зрения ребенка делается устойчивым и объемным, а после 3—4 месяцев жизни слуховая ориентировочная реакция уже является важным стимулом зрительного восприятия пространства.

У ребенка с ДЦП неполноценно формируется также слуховая ориентировочная реакция. Во-первых это может быть обусловлено снижением остроты слуха (часто при гиперкинетической форме ДЦП), во-вторых, из-за нарушений движения головы и глаз, ребенок затрудняется локализовать источник звука в пространстве. При церебральном параличе в силу недостаточности слухового восприятия и недоразвития общей моторики проявляется недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Таким образом, в раннем возрасте, в отличие от здоровых сверстников, у ребенка, с ДЦП (в зависимости от тяжести поражения) оказываются практически несформированными такие важные сенсомоторные функции как конвергенция глаз при фиксации предмета взором и плавное содружественное прослеживание его движения в различных направлениях, локализация звука в пространстве, реакция рассматривания и ощупывания рук, протягивания их к предметам

В связи с этим у него не формируется зрительно-моторная координация и захват предметов. Кроме того, у ребенка может отсутствовать реакция удерживания головы и сидения. В результате предпосылки к появлению предметно-манипулятивной деятельности оказываются несформированными. Не манипулируя с предметами ребенок не познает их свойств и положения в пространстве: форму, величину, удаленность, текстуру (гладкость, упругость, шероховатость и т.д.). Следовательно не формируются интегративные отношения между функциями мозга проявляющиеся в форме зрительно-моторных, зрительно-моторно-тактильных, слухомоторных и других связях. В результате у ребенка с ДЦП еще более углубляются нарушения кинестетической афферентации, динамической организации двигательного акта, обеспечивающих развитие движений пальцев рук и артикуляционного аппарата, формирование лепета, а

также пространственного предметного восприятия и ориентирования в схеме тела.

Следует отметить, что этапы манипуляций с предметами, предметные и процессуально-игровые действия, у детей с ДЦП, в зависимости от тяжести нарушений могут отсутствовать, значительно или негрубо задерживаться, рудиментарно и неполноценно проявляться в течении длительного времени.

Особенно грубые формы нарушенной деятельности и эмоциональной сферы наблюдаются при ДЦП в сочетании с первичной интеллектуальной недостаточностью.

Дошкольный возраст

Нарушение формирования предметной деятельности негативно сказываются на развитии игры. Это касается не только сюжетно-ролевых игр, но и дидактических, подвижных, музыкальных, а также конструктивной и изобразительной деятельности. Однако полноценное освоение ребенком всего спектра игр является чрезвычайно важным условием для нормального развития личности, формирования познавательных психических процессов, коммуникативных навыков, развития других видов деятельности.

Как показали исследования, по уровню сформированности игровой деятельности группа детей с ДЦП не является однородной. Многие дети со спастическими параличами не умеют играть в сюжетные, ролевые и другие сложные игры. Иногда полностью отсутствует целенаправленная предметная деятельность, хотя в двигательном отношении больные могли бы свободно пользоваться руками и могли бы брать игрушки и манипулировать ими еще в раннем возрасте.

Динамику развития игровой деятельности у дошкольников с ДЦП изучала Н.В.Симонова. В ее исследовании состояние и динамика развития игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра) оценивались последующим параметрам: наличие мотива, замысла, сюжета игры, создание игровой ситуации и принятие на себя роли, овладение приемами реализации игрового действия, планирование, регулирование и соподчинение действий по ходу игры. Результаты исследования показали следующее.

Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 4—5 лет (1-й год обучения) на момент их поступления в дошкольное учреждение носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. На этом этапе сюжетно-ролевая игра как таковая не возникает, а имеют место одиночные игры и игры «рядом».

Таким образом, изучение состояния игры и ее динамики на разных возрастных этапах показывает, что в развитии игровой деятельности детей с ДЦП наблюдаются те же тенденции, что и при нормальном развитии. Но вместе с тем игру ребенка с ДЦП и ребенка без двигательной патологии нельзя отождествлять.

У детей с ДЦП обнаруживается больший, чем при нормальном развитии, разброс уровней игры в одном возрастном диапазоне, неравномерная сформированность отдельных структурных компонентов игры внутри одного игрового уровня. Дети с ДЦП обнаруживают большую потребность в помощи взрослого, недостаточность мотивации к игровой деятельности, снижение активности и самостоятельности в игре.

В тех случаях, когда двигательная патология имеет менее выраженный характер, ребенок с ДЦП овладевает игровыми действиями в дошкольном возрасте. Однако игровая деятельность развивается с задержкой, отличается бедностью, стереотипностью, недостаточной развернутостью, что в свою очередь наряду с сенсомоторными нарушениями приводит к задержке формирования сенсорных, перцептивных действий (соотнесение по форме, величине, цвету, предметного и пространственного восприятия, конструктивного праксиса), наглядно-действенного мышления и речи.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1) неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;

2) выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Около 25 % детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз).. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 20—25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме. В таких случаях особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (к, с, ф, ш, в, т, п), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У многих детей отмечается недоразвитие фонематического восприятия с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (ба-па, ва-фа). В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия.

При всех формах церебрального паралича имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражена стереогноз — невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Перцептивные расстройства у больных детей связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также совместной их деятельности. В норме кинестетическое восприятие совершенствуется у ребенка постепенно. Прикасание к различным частям тела совместно с движениями и зрением развивает восприятие своего тела. Это дает возможность представить себя как единый объект. Далее развивается пространственная ориентация. У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции, т.е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, сверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы — круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные взаимоотношения. У них нарушен целостный образ предметов (не могут сложить из частей целое — собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строительного материала). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений). У многих отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других — наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов.

Школьный возраст

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Психический дизонтогенез по дефицитарному типу и составляет основу аномалии психического развития у детей с ДЦП, определяет характерную возрастную динамику и неравномерность психического, двигательного и речевого развития. Выраженная диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики - то главные особенности познавательной деятельности и всей личности ребенка с ДЦП.

Считается, что от 25 до 35% с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие этих детей идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Потенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает полноценное, полностью соответствующее нормальному развитие. Основные виды психических нарушений при ДЦП - то задержка психического развития (встречается примерно у 50% детей с ДЦП) и олигофрения (имеет место у 25% детей с ДЦП), что свидетельствует о сочетании психического дизонтогенеза дефицитарного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или недоразвития. Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллектуальной недостаточности при ДЦП. При различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое развитие, умственная отсталость.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;

повышенная истощаемость всех психических процессов (церебрастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Церебрастенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость

утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;

повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы

Психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Следует отметить, что ограничения двигательных возможностей ребенка препятствует формированию у него побудительной мотивации к исследовательско-ориентировочной деятельности внешнего мира, формирует пассивное отношение, что еще более задерживает его развитие. Недостаточность мотивации к предметной деятельности и речевому общению может быть обусловлено характером взаимодействия матери и ребенка. Иногда родители, сверхопекая ребенка и предупреждая все его желания, исключают тем самым для него необходимость выполнения действия и использования речевых - средств общения.

Эмоциональные и личностное развитие ребенка с ДЦП значительно осложняется и искажается наличием следующих факторов:

1) Нарушения двигательных, сенсорных функций и голосовых реакций, негативно влияющих на характер эмоционального взаимодействия матери и ребенка и эмоциональное развитие ребенка в целом. Комплекс оживления и другие виды эмоционального взаимодействия с матерью проявляются смазано, скудным набором средств общения. Ребенок не имеет возможности отреагировать на эмоциональные сигналы матери всем богатством экспрессивно-мимических и предметно-действенных средств общения здорового ребенка. Мать не получая явных ответных сигналов от ребенка не всегда может разглядеть и понять нечеткие проявления коммуникативной активности ребенка, поддержать и стимулировать их развитие, а также интереса к познанию окружающего.

В результате у ребенка снижается потребность в эмоциональном общении, длительно не формируются средства общения, познавательная активность. Отсутствие или ограничение двигательной ак-

тивности у ребенка с ДЦП приводит к нарушению формирования схемы тела - восприятия своего тела и положения его частей в пространстве. Недостаточность ощущений своего тела приводит к задержке формирования первоначальных представлений о себе, а также появлению различных страхов: перемещения в пространстве, прикосновения, новых раздражителей, незнакомых ситуаций, формированию защитно-оборонительных реакций (сопротивление и отказ от контакта).

2) Разлука с матерью, связанная с частыми госпитализациями ребенка.

Последствия разлучения ребенка с матерью негативно отражают и на развитии здорового ребенка. У ребенка с ДЦП они проявляются в более тяжелой форме в виде отрицательных эмоциональных переживаний, резко снижающих его психическую активность, интерес и побуждение к общению, к познавательной деятельности.

3) Психические травмы в связи с лечебными процедурами (инъекции, гипсовые повязки, хирургическое вмешательство), которые способствуют проявлению у ребенка угнетенного эмоционального состояния, различных страхов и защитно-оборонительных реакций. У ребенка не формируется доверительного отношения к окружающим, мотивации к общению и познанию окружающего.

4) Отношение матери к ребенку.

Сам факт рождения больного ребенка вызывает у матери сложную гамму переживаний, которые проявляются по отношению к ребенку в виде воспитания по типу гиперпротекции или гипопротекций. В первом случае, мама, находясь в состоянии стресса, повышено беспокойна и эмоционально подавлена. Это приводит к тому, что ребенок также испытывает состояние эмоционального дискомфорта. Мать уделяет такому ребенку крайне много сил, времени и внимания: тревожно прислушивается к каждому сигналу и пожеланию ребенка, спешит с его выполнением, чрезмерно опекает его, не предоставляя возможности самостоятельного проявления различных видов активности или не предъявляя никаких требований к поведению ребенка. Помимо низкой мотивации к деятельности, требующей каких-либо усилий, дети могут долгое время оставаться чрезмерно привязанными к матери; с трудом вступать в контакт с другими людьми. У них часто образуются различные страхи или же дети могут быть чрезмерно капризными, негативными, склонными к истероидным проявлениям.

При гипопротекции, у матери в той или иной мере может отмечаться эмоциональное отвержение ребенка, проявляющееся в недостаточном внимании, ласке, одобрении и принятии ребенка. Последс-

твия такого отношения могут быть самые различные: от снижения интереса к окружающему и общению до угнетенного эмоционального состояния и отказа от любых контактов с окружающими.

Поведение детей с церебральным параличом бывает различным. Для большинства характерна пассивность, вялость, нерешительность, пугливость. Дети с трудом привыкают к новой обстановке, к новым людям, они боятся высоты, темноты, одиночества, закрытых дверей, всяких неожиданных раздражителей, уколов, крови и т. д. В момент страха у них учащается пульс, дыхание, повышается мышечный тонус, появляется пот, слюнотечение, усиливаются насильственные движения. Большое значение для преодоления страха имеют правильные условия воспитания таких детей.

У других детей отмечаются повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству. Для них характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то становятся раздражительными, плаксивыми.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшее изменение в настроении матери, крайне болезненно реагируют на ее слезы. Некоторым свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье или здоровье своих близких. Поэтому необходима прежде всего спокойная домашняя обстановка. Все размышления о здоровье ребенка, переживания по этому поводу, ссоры, слезы в его присутствии недопустимы.

У детей наблюдается часто расстройство сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями, иногда с плачем и криком. Такой сон не приносит отдыха нервной системе: утром ребенок встает вялым, капризным, отказывается от занятий. Поэтому, если у ребенка расстроен сон, родителям надо обязательно посоветоваться с врачом.

Дети с церебральным параличом растут пугливыми, нерешительными и неуверенными в себе, они теряются в новых условиях. В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникает заикание или появляются насильственные движения. Они не принимают участия в общественной жизни класса, ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. Все это препятствует развитию их интеллекта.

В школьном возрасте у таких детей нередко возникает страх за свое здоровье, страх смерти, возможно неправильное развитие личности. Чаще это отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все

внимание сосредоточено на болезни. В доме говорят только о болезни, малейшее изменение в состоянии ребенка вызывает у родителей не только тревогу, но и панику. В его присутствии ведутся разговоры о болезнях близких. Все это приводит к тому, что ребенок сосредоточивает все внимание на своей болезни, на собственных болезненных ощущениях. Правильное воспитание в семье может предупредить подобное состояние.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма. В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем. Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм, к нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой. Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма существуют осложненные формы - так называемый органический инфантилизм.

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности, по данным В.В.Ковалева (1973), составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности

является неправильное воспитание, ограничение деятельности, связанное с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Выделяют три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. Первый невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии.

Для невропатии, или врожденной детской нервности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функции нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью неуверенностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матери с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные

переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах повышенной тормозимостью и пугливостью.

При невротическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержание мочи), энкопроза (недержание кала).

Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье - отказ от выполнения требований родителей.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как церебрастенический вариант осложнённого инфантилизма. Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетается с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушением внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость. У таких детей часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является

возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные аффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости и озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму. В основе органического инфантилизма лежит сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательльно расторможены, благодушны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков. Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемости внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности. Проявление органического инфантилизма чаще наблюдалось при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности. Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к «расторможению» влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности. Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на успех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдается формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбудимого типа. Дети становятся двигательльно беспокойными, раздражительными,

импульсивными, неспособными адекватно учитывать ситуацию, некритичными к себе и своему поведению.

Патохарактерологическое формирование личности (психогенно обусловленное развитие личности в связи с длительным действием психотравмирующего фактора и неправильным воспитанием) отмечается у большинства детей с ДЦП. Отрицательные черты характера формируются и закрепляются у детей с ДЦП в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки, характерному для многих семей, где воспитываются дети с патологией двигательной сферы. Такое воспитание ведет к подавлению естественной, сильной ребенку активности. Родители, боясь, что ребенок упадет, уронит посуду, неправильно оденется, лишают его самостоятельности, предпочитают все сделать за него. Это и приводит к тому, что ребенок растет пассивным и безучастным, не стремится к самостоятельности, у него формируются иждивенческие настроения, эгоцентризм, ощущение постоянной зависимости от взрослых, неуверенность в своих силах, робость, ранимость, застенчивость, замкнутость, тормозные формы поведения. У части детей наблюдаются стремления к демонстративному поведению, тенденция к манипулированию окружающими.

В некоторых случаях у детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями и сохранным интеллектом тормозные формы поведения носят компенсаторный характер. Дети характеризуются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы. Они осознанно выбирают такую форму поведения и тем самым пытаются скрыть свои двигательные и речевые нарушения. Владея развернутой речью, дети, маскируя дефекты произношений, односложно отвечают на вопросы, сами вопросов никогда не задают, отказываются выполнять доступные им задания двигательного характера.

Отклонения в развитии личности ребенка с ДЦП могут возникнуть и при другом стиле воспитания в семье. Многие родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с ДЦП. Эти родители требуют от ребенка выполнения всех требований и заданий, но при этом не учитывают специфику двигательного развития ребенка. Нередко такие родители, если ребенок не выполняет их требований, прибегают к наказаниям. Все это приводит к негативным последствиям в развитии ребенка и усугублению его физического и психического состояния.

В условиях гиперопеки или гипоопеки ребенка возникает наиболее неблагоприятная ситуация для формирования у него адекватной оценки своих двигательных и иных возможностей.

Изучение реакции ребенка на свой физический дефект является необходимым условием изучения личности, самосознания, самооценки, а также условием проведения правильной работы по воспитанию личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Осознание дефекта у детей с ДЦП возникает чаще в возрасте 7-8 лет и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников, а также с социальной депривацией. Психогенные реакции, возникающие у таких детей, она разделила на два варианта:

- невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными — гипостенический вариант (чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению и т.д.);

- агрессивно-защитные формы поведения — гиперстенический вариант (аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии).

Психогенные реакции, протекающие на невротическом уровне можно разделить на три группы, по их клинической выраженности: 1) астенофобические, 2) астенодепрессивные и 3) полиморфные синдромы с включением истерического компонента.

Дети с астенофобическими проявлениями робкие, застенчивые, смущаются и затормаживаются в новой обстановке. Повышенная пугливость, сензитивность отмечаются у них в раннем периоде развития. Первый возрастной кризис (в 2—4 года) в связи с общей ретардацией развития несколько отставлен. Возраст овладения двигательными и речевыми функциями (3—5 лет) характеризуется нередко невротическими проявлениями, нарушениями соматовегетативной сферы, склонностью к привычным рвотам, энурезу, плаксивости, капризности. Второй возрастной кризис (11—12 лет), характеризующийся усилением астеноневротических проявлений нередко в сочетании с синдромом двигательной расторможенности, является аффективным этапом развития личности. И хотя истинного переживания дефекта в этом возрасте еще не наблюдается, дети сталкиваются с такой психотравмирующей ситуацией, как недоброжелательное отношение к ним здоровых сверстников. Вследствие невозможности полного устранения этой ситуации возникает повышенная эмоциональная возбудимость, что в сочетании с органической церебральной недостаточностью является благоприятным фоном для проявления различного вида фобических реакций. Свообразием аффективного реагирования детей с ДЦП

является склонность к возникновению аффекта страха под влиянием малозначимых внешних воздействий.

У детей с астенодепрессивной формой реакций на первый план выступает осознание своей физической неполноценности. У них отмечается повышенная ранимость и опасения оказаться смешными в обществе незнакомых людей, а отсюда стремление максимально оградить себя от посещения многолюдных мест-своеобразная изоляция, в некоторых случаях достигающая степени выраженного астенодепрессивного синдрома с суицидальными мыслями.

У детей с гиперстеническими реакциями наблюдается полиморфная симптоматика. В период первого возрастного кризиса наряду с невротическими проявлениями чаще обнаруживаются более выраженные отклонения в поведении - двигательная расторможенность, упрямство, негативизм, истерические реакции и др.

Переживание физической недостаточности наблюдается среди детей различного возраста. Наиболее остро они выделяются в подростковый и юношеский период. Данные периоды характеризуются многосторонними процессами, затрагивающими интеллектуальную, эмоциональную и волевую сферы. В подростковом возрасте активно формируются черты взрослого человека. Подросток сам начинает осознавать свое приближение ко взрослому возрасту и стремится к самостоятельности. Для детей с нарушениями движений возрастные трудности дополняются острой психической травмой, связанной с физической недостаточностью.

Среди детей с нарушениями двигательной сферы можно выделить три основные группы по их отношению к своему физическому дефекту.

Дети первой группы, наиболее благополучной, полностью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

Для детей второй группы типичным является подавленное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это оказывает влияние на все сферы жизни и деятельности этих детей, затрудняет лечебную, психолого-педагогическую работу с ними.

В третью группу входят подростки, сравнительно спокойно относящиеся к своему заболеванию. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими развивающимися качествами и определенными достижениями (успехи в отдельных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др.), у

других - избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих - недостаточным развитием личности в целом. У подростков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним.

Как это видно, переживания физической недостаточности одних мобилизуют на борьбу с болезнью, на занятие полноценного места в социальной жизни, у других эти переживания начинают занимать центральное место, уводят подростка от активной жизни.

Таким образом, развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как биологическими факторами, так и факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон личности ребенка, страдающего детским церебральным параличом.

Особенности речевого развития ребенка с ДЦП

Уже с первых месяцев жизни на развитие предпосылок речи негативное влияние оказывают вовремя не редуцировавшиеся тонические рефлексы (описание см. выше), а также врожденные безусловные пищевые и оборонительные рефлексы. Среди них, особенно препятствующих развитию дыхательной, фонаторной и артикуляторной функциям являются следующие:

1) Глоточный закрывающий рефлекс - непроизвольный рефлекторный спазм глотки в ответ на различные внешние и внутренние раздражители. Сохранение и выраженность этого рефлекса у детей с церебральными параличами определяет во многих случаях нарушение голоса, расстройства дыхания, в частности появления стридорозного дыхания.

2) Безусловные рефлекторные ротовые движения, вызываемые тактильным раздражением лицевых точек. Тактильные раздражения паль цели от угла рта в сторону щеки вызывает движение головы и языка в сторону раздражения. Тактильная стимуляция середины верхней или нижней губы будет вызывать подъем или опускание губы и языка, тактильное раздражение пальцем по направлению вверх или вниз по подбородку будет вызывать разгибание (при движении вверх), сгибание (при движении вниз) и открывание рта.

3) Губной рефлекс - при похлопывании одного угла рта возникает непроизвольное движение губ, закрывание рта - подготовка сосания.

4) Хоботковый рефлекс - похлопывания в области середины верхней губы вызывает движения губ вперед, они вытягиваются в "хоботок" - рефлекс подготовки сосания.

5) Поисковый рефлекс - раздражение щеки в области угла рта вызывает движение губ в сторону раздражителя, рефлекс подготовки сосания.

К числу рефлексов препятствующих доречевому и речевому развитию ребенка, относятся также ладонно-рото-головной рефлекс Бабкина, сосательный, кусательный, жевательный и другие рефлексы.

Указанные рефлексы по разному проявляются у детей с ДЦП различного возраста. У детей первых месяцев жизни многие эти рефлексы могут быть ослаблены и не выказываться совсем, что приводит к нарушению сосания, глотания, голосообразования и дыхания. У детей первого года жизни эти рефлексы, напротив, могут быть чрезмерно усилены, что будет задерживать у них развитие речи.

К 3 месяцам у детей с ДЦП может отчетливо выявляться псевдобульбарный синдром, который проявляется в выраженных нарушениях сосания, глотания, дыхания, крика. Отмечаются такие негативные симптомы как парезы мускулатуры губ, мягкого неба гортани, дыхательных мышц и особенно мышц языка.

Крик у детей с псевдобульбарным синдромом остается тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые ребенок производит в момент вдоха. Интонационная варибельность плача не развивается. Псевдобульбарный синдром у детей с церебральным параличом может сочетаться с насильственными произвольными движениями в переднезаднем направлении, которые могут иметь характер оральных синкинезий (содружественных движений), ствольных автоматизмов, гиперкинезов.

Характерной особенностью сосания у многих детей страдающих церебральным параличом является то, что в момент сосания возникают различные синкинезии в мускулатуре лица и конечностей, которые при длительном сохранении могут являться неблагоприятным симптомом дальнейшего речевого развития.

Нарушения сосания у ребенка, заставляют мать переводить его на искусственное вскармливание, что может иметь неблагоприятное последствие в двух аспектах:

1) удлиненная форма соски способствует движениями языка вперед, не стимулируя движения его кончика вверх, что может в дальнейшем отразиться на произношение ряда звуков.

2) При кормлении из бутылки мать обычно держит ее в правой руке, если ребенок находится на руках, его правая рука и правый глаз прижаты к груди матери и активное функционирование их ограничено. Эта схема кормления в течении ряда месяцев может приводить к недостаточному или задержанному развитию правосторонней доминантности, что будет неблагоприятно отражаться на формировании его речи.

У некоторых детей с тяжелыми формами ДЦП можно видеть тонически плотное смыкание рта. Под влиянием тактильных раздражений рот открывается благодаря сокращению мышц, размыкающих челюсти и расслаблению мышц, смыкающих челюсти. При наиболее тяжелых формах ДЦП тактильные раздражения области рта вызывают тоническое напряжение всех мышц (размыкающих и смыкающих челюсти) и рефлекторное открывание рта становится затрудненным.

В силу указанных нарушений, гуление и самоподражание в гулении у детей с церебральным параличом обычно появляется в более поздние сроки, часто характеризуется рудиментарностью и однообразием звуковых проявлений, отсутствием истинной напевности.

При бульбарных и псевдобульбарных нарушениях однообразие звуков сочетается с их специфическим произнесением: тихие с носовым оттенком, нечеткие, не соответствующие фонетическим единицам языка.

При парезе мимической мускулатуры, в частности губных мышц, затрудняется произнесение таких звуков руления, как "у", "о", "па", "би".

При бульбарных нарушениях в результате атрофии мышц одной стороны кончик языка заострен и отклонен в сторону. На стороне атрофии наблюдают иногда фибриллярные подергивания, язык плохо контурируется, свисает мягкое небо. С нарушением тонуса мышц языка и мягкого неба связан гнусавый оттенок крика и звуков гуления.

У детей с церебральным параличом стадия лепета отличается целым рядом особенностей. При тяжелых формах ДЦП, когда не удается преодолеть патологическое влияние тонических рефлексов, эта стадия часто не развивается. Но даже при более благоприятном развитии общей моторики эта стадия у детей с ДЦП характеризуется фрагментарностью звуковых комплексов, малой активностью. В лепете можно выделить всего несколько согласных звуков, среди которых часто встречается губно-губные ("п", "б"), заднеязычные задненебные ("н", "г"), несколько реже переднеязычные альвеолярные ("т", "д").

Особенностью развития периода 12-24 мес. доречевого развития у детей с церебральным параличом является более длительная диссоциация в развитии всех функций, в том числе экспрессивной и импрессивной речи. Так, ребенок с ДЦП при сохранном интеллекте в возрасте 2-х лет, по развитию экспрессивной речи может находиться на этапах доречевого развития, а по уровню развития импрессивной речи может приближаться к возрастной норме.

Экспрессивная речь ребенка с церебральным параличом в период 1-3 года может развиваться со значительной или небольшой задержкой и часто сопровождается грубыми нарушениями звукопроизношения. При относительно достаточном запасе слов и фразе, по характеру нарушения звукопроизношения, а также голосообразования и дыхания у ребенка с ДЦП в 2,5-3 года можно определить ту или иную форму дизартрии.

Следует отметить, что при некоторых формах ДЦП, в основном со спастической диплегией, дети имеют при поверхностном обследовании хорошо развитую, без нарушений, экспрессивную речь. Однако исследование импрессивной речи обнаруживает феномен "вербализма", при котором отмечается формальное, подражательное, а не осознанное усвоение лексического состава, грамматических категорий и синтаксических конструкций языка. Имея богатый словарный запас, дети часто не понимали конкретного реального содержания произносимых ими слов и фраз.

Исследование перцептивных функций, предметно-практической деятельности у этих детей выявляет более примитивный способ деятельности (в основном - проб и ошибок), недостаточную сформированность сенсорных эталонов, трудности конструктивного праксиса, ориентировке в схеме тела, в пространстве. Такая картина диссоциированного развития обусловлена тем, что вследствие недостаточности двигательных функций рук, предметно-практическая деятельность ребенком игнорировалась, а родителями не поощрялась, при этом всячески стимулировалось речевое развитие (прослушивание книги, заучивание стихотворений). Однако, усвоение языка, лишённого чувственного, конкретного опыта оказалась формальным и неполноценным.

Комплексное психолого-педагогическое исследование детей с НОДА в условиях ПМПК

Комплексное психолого-педагогическое обследование, особенно на начальном этапе, целесообразно проводить одному специалисту, как правило, педагогу-психологу или учителю-дефектологу. Такой подход позволяет ребенку привыкнуть к новой ситуации, дает возможность ему хотя бы немного адаптироваться, снять тревожность и опасения. По мере того как ребенок будет привыкать к новой обстановке, другие специалисты могут постепенно включаться в процедуру обследования.

Психолого-педагогическое обследование

Психолого-педагогическое обследование ребенка является частью комплексного психолого-медико-педагогического обследования, обеспечивающего всестороннее изучение особенностей его развития.

Основными целями психолого-педагогического обследования ребенка младенческого и раннего возраста являются: определение уровня психического развития ребенка, квалификация особенностей формирования психических функций, выявление степени и характера нарушений психического развития.

Задачами психолого-педагогического обследования являются:

1. Характеристика и определение уровня развития эмоциональной и коммуникативной сфер ребенка.
2. Характеристика и определение уровня развития сенсорных и двигательных функций.
3. Характеристика и определение уровня развития манипулятивной, предметной, игровой и учебной деятельности.
4. Характеристика и определение уровня развития умственного и речевого уровня развития (исследование психологических функций речи).
5. Характеристика и определение уровня социально-бытовой ориентировки.
6. Характеристика детско-родительских отношений.
7. Оценка психического развития, определение потенциальных возможностей ребенка, а также адекватных мер коррекционной помощи.
8. Разработка рекомендаций для родителей, специалистов, оказывающих коррекционную помощь ребенку.

Основными методами психолого-педагогического обследования является беседа (опрос) с матерью ребенка, наблюдение и экспериментальное исследование психологического статуса ребенка.

Беседа с матерью во время консультационного приема направлена на получение фактических сведений о психическом и речевом развитии ребенка. Мать, ежедневно общаясь с младенцем, обладает большим информативным материалом о развитии ребенка, который специалисты могут использовать при анализе результатов обследования. Вопросы, задаваемые матери, должны быть направлены на получение конкретных фактов из жизни ребенка, а не на оценку его развития матерью. Следует отметить, что этот метод не может являться единственным в определении уровня психического развития, а скорее будет вспомогательным по отношению к остальным двум, по причине субъективного отношения матери к ребенку. Беседа с матерью позволяет получить сведения об ее отношении к ребенку, о характере эмоционального общения с ним.

Наблюдение за ребенком осуществляется непосредственно на приеме в консультации, в течение всего периода обследования. Во время наблюдения психолог может выделить определенные моменты, характеризующие особенности психического и речевого развития ребенка: реакция на новую обстановку, незнакомые лица, особенности вступления в контакт, использование вербальных средств в общении, проявление интереса к окружающему, отношение матери к ребенку, характер эмоционального взаимодействия, поведенческие реакции: гипо- и гиперактивность, эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость, истощаемость и др.

Для более глубокого изучения особенностей психического развития ребенка, выявление степени и характера его нарушений необходимо использовать методы экспериментального исследования, которые в большинстве случаев проводится в виде "обучающего" эксперимента. Метод обучающего эксперимента предполагает включение в его структуру различных мер помощи с целью выявления обучаемости ребенка. В процессе обследования используются следующие меры помощи: выполнение действия по подражанию, выполнение действия по подражанию с использованием жестов, с речевой инструкцией. Обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным свидетельствует о сохранных потенциальных возможностях ребенка.

При проведении этого исследования следует руководствоваться следующими **принципами**:

принцип моделирования психической деятельности, т.е. той деятельности, которую ребенок осуществляет в своей повседневной жизни;

2) принцип учета отношения ребенка к обследованию. Учитывая общее состояние ребенка, фон настроения, особенности поведения, специалистам необходимо сформировать у него положительное отношение к взаимодействию со взрослым, к предложенным заданиям.

3) принцип качественного анализа предполагает учет не только результатов выполнения отдельных проб, а тщательное рассмотрение всей психической деятельности ребенка, общего темпа ее протекания, характер выполнения проб, восприимчивость к обучению.

Требования к проведению психолого-педагогического обследования

Психолого-педагогическое обследование целесообразно проводить после медицинского, так как для диагностики нарушений психического развития значимыми являются такие сведения как, амнестические данные, соматический, неврологический и психический статусы, сохранность функций зрения, слуха, а также характер и степень двигательных нарушений. Анализ этих сведений даст возможность психологу и логопеду выбрать нужное направление в обследовании, сделать его более целенаправленным в отношении выбора тактики, методик исследования.

Выбор метода и методик исследования определяется хронологическим возрастом ребенка, его моторными, сенсорными, интеллектуальными возможностями, наличием или отсутствием речи.

Проведение психолого-педагогического обследования детей раннего возраста имеет ряд особенностей. Дети не всегда легко и охотно вступают в контакт с экспериментатором и включаются в деятельность по выполнению заданий. Это связано, во-первых с тем, что у детей в возрастном периоде от 8-9 месяцев до 2-х лет закономерно проявление реакции страха, а также робости, стеснения в непривычной обстановке с незнакомыми людьми; во-вторых - наличием специфических страхов (белых халатов, прикосновения, перемещения в пространстве и др.), депрессивного настроения проявлений упрямства, негативизма и др. В случае отрицательного отношения или утомления и истощения обследование следует прекратить. Во время одного первичного приема рекомендуется предлагать ребенку не более 3-4 проб в зависимости от его возраста.

Рекомендуется начинать обследование с беседы с матерью и, не разлучая физически ребенка с ней, предоставить ему время для привыкания к новой обстановке, незнакомым людям.

Включение ребенка первого года жизни, а также детей с тяжелыми двигательными нарушениями в ситуацию обследования достигается привлечением его внимания к ярким звучащим игрушкам, ласковым

ГБУ НСО «ОЦДК»

эмоционально-речевым воздействиям, постепенным и осторожным использованием тактильного контакта. Включение в ситуацию обследования более старших детей легче всего достигается применением сюжетного объединения различных заданий в одну общую игру.

Начинать обследование целесообразно с наблюдения самостоятельной деятельности ребенка, фиксируя активность, адекватность, разнообразие его предметных, игровых действий. В случае, если ребенок не разворачивает деятельности с игрушками, взрослый включается в игру, предлагая игрушки и способы действий с ними.

Необходимо постоянно эмоционально поддерживать ребенка, положительно оценивая его действия речью, жестами, экспрессивной мимикой, независимо от успешности его деятельности.

В тех случаях, когда ребенок практически полностью обездвижен и не владеет речью, то он только наблюдает игровые действия взрослого. Экспериментатор отмечает внимание ребенка к действиям взрослого, активность и устойчивость интереса, эмоциональное отношение к происходящему, экспрессивно-мимические реакции.

При подборе экспериментальных проб следует учитывать следующие положения:

- 1) методики исследования должны быть адекватны возрасту ребенка;
- 2) исследования той или иной функции должно проводиться не одной, а несколькими, близкими по направлению, методиками.

Рекомендации ПМПК по обучению детей с НОДА

В соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ (Приказ Минобрнауки РФ от 19.12.2014 №1598 «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ») рекомендуются варианты АОП (адаптированных образовательных программ): 6.1,6.2,6.3,6.4.

Рекомендации ПМПК даются с учетом особых образовательных потребностей обучающихся с НОДА, учитывающая особенности их психофизического развития, индивидуальные возможности, обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию психического развития, которые определяют особую логику построения учебного процесса и находят своё отражение в структуре и содержании образования.

Особые образовательные потребности обучающихся с НОДА

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;

требуется введение в содержание обучения специальных разделов, не присутствующих в Программе, адресованной традиционно развивающимся сверстникам;

необходимо использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения;

индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося ребёнка;

обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды.

Существуют также потребности, свойственные отдельным группам обучающихся с НОДА.

Для первой группы обучающихся: обучение в общеобразовательной школе детей с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата без органического поражения головного мозга возможно при условии создания для них безбарьерной среды, обеспечения специальными приспособлениями и индивидуально адаптированным рабочим местом. Помимо этого дети с НОДА нуждаются в различных видах помощи (в сопровождении на уроках, помощи в самообслуживании), что обеспечивает необходимые в период начального обучения щадящий режим, психологическую и коррекционно-педагогическую помощь.

Для второй группы обучающихся: учет особенностей и возможностей обучающихся реализуется через образовательные условия (специальные методы формирования графо-моторных навыков, пространственных и временных представлений, специальное оборудование, сочетание учебных и коррекционных занятий). Специальное обучение и услуги должны охватывать физическую терапию, психологическую и логопедическую помощь. Для детей с

тяжелыми нарушениями речи при церебральном параличе может понадобиться вспомогательная техника. В частности: коммуникационные приспособления от простейших до более сложных, в которых используются голосовые синтезаторы (коммуникационные доски с рисунками, символами, буквами или словами). Обучающиеся с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с ЗПР нуждаются в разработке опор с детализацией в форме алгоритмов для конкретизации действий при самостоятельной работе.

Для третьей группы обучающихся: учет особенностей и возможностей обучающихся реализуется через образовательные условия (специальные методы формирования графо-моторных навыков, пространственных и временных представлений, приемы сравнения, сопоставления, противопоставления при освоении нового материала, специальное оборудование, сочетание учебных и коррекционных занятий). Специальное обучение и услуги должны охватывать физическую терапию, психологическую и логопедическую помощь. Практическая направленность обучения, т.е. направленность на социализацию и воспитание автономности.

Для четвертой группы обучающихся: учет особенностей и возможностей обучающихся реализуется как через образовательные условия, так и через содержательное и смысловое наполнение учебного материала. Усиление практической направленности обучения с индивидуальной дифференцированностью требований в соответствии с особенностями усвоения учебного материала обучающимися с тяжелыми множественными нарушениями развития. Специальное обучение и услуги должны охватывать физическую терапию, психологическую и логопедическую помощь.

Вариант 6.1. адресован обучающимся с НОДА, достигшим к моменту поступления в школу уровня развития, близкого возрастной норме и имеющим положительный опыт общения со здоровыми сверстниками.

Обучающийся с НОДА получает образование, сопоставимое на всех его уровнях, с образованием здоровых сверстников, находясь в их среде и в те же календарные сроки. Он полностью включён в общий образовательный поток (инклюзия) и по окончании школы может получить такой же документ об образовании, как и его здоровые сверстники. Осваивая основную образовательную Программу, требования к которой установлены действующим ФГОС, обучающийся с НОДА имеет право на прохождение текущей,

промежуточной и государственной итоговой аттестации в иных формах.

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с НОДА (по варианту 6.1.):

Группа обучающихся с НОДА дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата различного этиопатогенеза, передвигающиеся самостоятельно или с применением ортопедических средств, имеющие нормальное психическое развитие и разборчивую речь. Достаточное интеллектуальное развитие у этих детей часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, с ограниченной самостоятельностью, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни.

Для этой группы обучающихся обучение в общеобразовательной школе возможно при условии создания для них безбарьерной среды, обеспечения специальными приспособлениями и индивидуально адаптированным рабочим местом. Помимо этого дети с НОДА нуждаются в различных видах помощи (в сопровождении на уроках, помощи в самообслуживании), что обеспечивает необходимые в период начального обучения щадящий режим, психологическую и коррекционно-педагогическую помощь.

Основой служит анализ изменений поведения ребёнка в повседневной жизни по следующим позициям, соответствующим направлениям коррекционной работы с ребёнком в условиях инклюзии:

- адекватность представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом жизнеобеспечении;

- способность вступать в коммуникацию с взрослыми по вопросам медицинского сопровождения и создания специальных условий для пребывания в школе, своих нуждах и правах в организации обучения;

 - владение социально-бытовыми умениями в повседневной жизни;

 - владение навыками коммуникации и принятыми ритуалами социального взаимодействия (т. е. самой формой поведения, его социальным рисунком);

 - осмысление и дифференциация картины мира, ее временно-пространственной организации;

 - осмысление социального окружения, своего места в нем, принятие соответствующих возрасту ценностей и социальных ролей.

Для обучающихся с НОДА, осваивающих АООП НОО (вариант 6.1),

среда и рабочее место обучающегося с НОДА должны быть специально организованы в соответствии с особенностями ограничений его здоровья:

Обязательной является систематическая специальная помощь – создание условий для реализации особых образовательных потребностей.

Основная образовательная Программа (требования к которой установлены действующим ФГОС), обязательно поддерживается Программой коррекционной работы, направленной на развитие жизненной компетенции ребенка и поддержку в освоении основной общеобразовательной Программы.

Требования к структуре, условиям и результатам коррекционной работы для каждого уровня образования задаются Стандартом образования обучающихся с НОДА применительно к каждой категории детей в данном варианте.

Психолого-педагогическая поддержка предполагает:

помощь в формировании адекватных отношений между ребенком, одноклассниками, родителями, учителями;

работу по профилактике внутри личностных и межличностных конфликтов в классе/школе;

поддержание эмоционально комфортной обстановки в классе;

обеспечение ребенку успеха в доступных ему видах деятельности с целью предупреждения у него негативного отношения к учебе и ситуации школьного обучения в целом.

Вариант 6.1 предполагает, что обучающийся с НОДА получает образование находясь в среде сверстников, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, и в те же сроки обучения. Обучающимся с НОДА предоставляется государственная услуга по реализации основной общеобразовательной программы начального общего образования, которая адаптируется под особые образовательные потребности обучающегося и при разработке которой необходимо учитывать следующее:

1) обязательное включение в структуру АООП начального общего образования для обучающегося с НОДА программы коррекционной работы, что требует качественно особого кадрового состава специалистов, реализующих АООП;

2) при необходимости предусматривается участие в образовательно-коррекционной работе тьютора, а также учебно-вспомогательного и прочего персонала (ассистента, медицинских

работников, необходимых для сопровождения обучающихся с ОВЗ, инженера по обслуживанию специальных технических средств и ассистивных устройств).

3) создание специальных материально-технических условий для реализации АООП (специальные учебники, специальные учебные пособия, специальное оборудование, специальные технические средства, ассистивные устройства, специальные компьютерные программы и др.) в соответствии с ФГОС для обучающихся с НОДА.

Вариант 6.2. предназначен для образования обучающихся с НОДА, достигших к моменту поступления в школу уровня развития, близкого к возрастной норме, но имеющий особенности психофизического развития, затрудняющие процесс овладения знаниями, нуждающийся в специальных условиях получения образования.

Сроки получения НОО обучающимися с НОДА пролонгируются с учетом психофизиологических возможностей и индивидуальных особенностей развития детей данной категории, находясь в среде сверстников со сходными ограничениями здоровья, не противоречащими образовательными потребностями или в среде здоровых сверстников при условии создания необходимых условий для реализации как общих, так и особых образовательных потребностей.

Среда и рабочее место организуются в соответствии с особыми образовательными потребностями обучающихся с НОДА и дополнительно приспособляются к конкретному ребёнку.

Нормативный срок освоения адаптированной основной образовательной программы начального общего образования для обучающихся с НОДА (*вариант 6.2.*) составляет 5 лет. Указанные сроки обучения увеличены на один год за счёт введения подготовительного класса.

Обучающийся, осваивающий вариант 6.2., имеет право на прохождение текущей, промежуточной и государственной итоговой аттестации в иных формах.

Вариант 6.2. образовательной Программы может быть реализован в разных формах: как совместно с другими обучающимися, имеющих сходные нарушения, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность. Для обеспечения освоения обучающимися с НОДА адаптированной основной общеобразовательной программы может быть реализована сетевая форма взаимодействия с использованием ресурсов как образовательных, так и иных организаций.

Определение варианта АООП и АОП НОО для обучающегося с НОДА осуществляется на основе рекомендаций ПМПК, сформулированных по результатам его комплексного обследования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с НОДА по варианту 6.2

Группу обучающихся составляют дети с лёгким дефицитом познавательных и социальных способностей, передвигающиеся при помощи ортопедических средств или лишённые возможности самостоятельного передвижения, имеющие нейросенсорные нарушения в сочетании с ограничениями манипулятивной деятельности и дизартрическими расстройствами разной степени выраженности.

Задержку психического развития при НОДА чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

Особые образовательные потребности обучающихся с НОДА

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;

требуется введение в содержание обучения специальных разделов, не присутствующих в Программе, адресованной традиционно развивающимся сверстникам;

необходимо использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения;

ГБУ НСО «ОЦДК»

наглядно-действенный характер содержания образования и упрощение системы учебно-познавательных задач, решаемых в процессе образования;

специальное обучение «переносу» сформированных знаний и умений в новые ситуации взаимодействия с действительностью;

специальная помощь в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации;

коррекция произносительной стороны речи; освоение умения использовать речь по всему спектру коммуникативных ситуаций;

обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;

максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательного учреждения.

Для детей с тяжелыми нарушениями речи при церебральном параличе может понадобиться вспомогательная техника. В частности: коммуникационные приспособления от простейших до более сложных, в которых используются голосовые синтезаторы (коммуникационные доски с рисунками, символами, буквами или словами). Обучающиеся с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с ЗПР нуждаются в разработке опор с детализацией в форме алгоритмов для конкретизации действий при самостоятельной работе.

Вариант 6.3. предназначен для образования обучающихся с НОДА с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Обязательными являются организация специальных условий обучения и воспитания для реализации как общих, так и особых образовательных потребностей и использование специальной индивидуальной программой развития (СИПР), которая при необходимости индивидуализируется. Рабочее место каждого обучающегося организуется в соответствии со специфическими потребностями детей с НОДА, особенностями развития и особыми образовательными потребностями конкретного ребёнка. ФГОС для обучающихся с НОДА с легкой умственной отсталостью образовательных потребностей разных групп или отдельных обучающихся, создавать два варианта АООП НОО, которые содержат дифференцированные требования к структуре адаптированной программы, результатам ее освоения и условиям реализации. В данном варианте АООП НОО «академический» компонент редуцирован в пользу расширения области развития социальной компетенции.

Вариант 6.3 предполагает, что обучающийся с НОДА получает образование, которое по итоговым достижениям не соответствует требованиям к итоговым достижениям здоровых сверстников на всех этапах обучения и к моменту завершения школьного образования. Данный вариант предполагает пролонгированные сроки обучения.

Психолого-педагогическая характеристика умственно отсталых обучающихся с НОДА вариант 6.3

Группа обучающихся - дети с двигательными нарушениями разной степени выраженности и с легкой степенью интеллектуальной недостаточности, осложненными нейросенсорными нарушениями, а также имеющие дизартрические нарушения и системное недоразвитие речи. У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности — абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических, функций. При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражено чувство неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

Особые образовательные потребности умственно отсталых обучающихся с НОДА

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;

требуется введение в содержание обучения специальных разделов, не присутствующих в Программе, адресованной традиционно развивающимся сверстникам;

необходимо использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения;

ГБУ НСО «ОЦДК»

индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося ребёнка;

наглядно-действенный характер содержания образования и упрощение системы учебно-познавательных задач, решаемых в процессе образования;

специальное обучение «переносу» сформированных знаний и умений в новые ситуации взаимодействия с действительностью;

специальная помощь в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации;

коррекция произносительной стороны речи; освоение умения использовать речь по всему спектру коммуникативных ситуаций (задавать вопросы, договариваться, выражать свое мнение, обсуждать мысли и чувства и т.д.);

обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;

максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательного учреждения.

Для этой группы обучающихся выделяются особые образовательные потребности: учет особенностей и возможностей обучающихся реализуется через образовательные условия (специальные методы формирования графо-моторных навыков, пространственных и временных представлений, приемы сравнения, сопоставления, противопоставления при освоении нового материала, специальное оборудование, сочетание учебных и коррекционных занятий). Специальное обучение и услуги должны охватывать физическую терапию, психологическую и логопедическую помощь. Практическая направленность обучения, т.е. направленность на социализацию и воспитание автономности.

Вариант 6.4. Вариант 6.4. предназначен для образования детей, имеющих тяжелые множественные нарушения развития (ТМНР). В структуре ТМНР - умственная отсталость в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которая сочетается с двигательными нарушениями, а в ряде случаев еще и с сенсорной, эмоционально-волевой, а также соматическими расстройствами.

Вариант 6.4. предполагает, что обучающийся с ТМНР в соответствии с уровнем развития интеллекта получает образование по АООП, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников с НОДА, не имеющих дополнительные ограничения.

Обучающийся с умственной отсталостью (в умеренной, тяжелой или глубокой степени) которая сочетается с двигательными нарушениями, а в ряде случаев еще и с сенсорной, эмоционально-волевой, а также соматическими расстройствами которого не позволяет освоить АООП (вариант 6.3.) либо он испытывает существенные трудности в ее освоении, получает образование по варианту 6.4. АООП, на основе которой образовательная организация разрабатывает специальную индивидуальную образовательную программу (СИОП), учитывающую индивидуальные образовательные потребности обучающегося.

Для таких обучающихся с характерно сочетание нарушений интеллектуального развития с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра и эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени и сочетающимися в разных вариантах.

АООП НООобучающихся с умственной отсталостью и ТМНР (вариант 6.4.) включает: обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений. АООП реализуется образовательной организацией через урочную и внеурочную деятельность в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами, а также другими нормативно-правовыми документами.

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с НОДА вариант 6.4

Для детей с тяжелыми множественными нарушениями характерно сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести с нарушениями интеллектуального развития, сенсорными нарушениями, расстройствами аутистического спектра и эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени и сочетающимися в разных вариантах. У некоторых детей выявляются соматические заболевания, которые значительно осложняют развитие и обучение. ТМНР представляет собой не сумму различных ограничений, а сложное переплетение между всеми нарушениями, составляющими ее структуру. В связи с этим человеку требуется значительная помощь, объем которой существенно превышает размеры поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении.

Выявляется значительная неоднородность этой группы детей по количеству, характеру, выраженности различных первичных и последующих нарушений в развитии, специфики их сочетания.

Уровень психофизического развития детей с тяжелыми множественными нарушениями невозможно соотнести с какими-либо возрастными параметрами. Тяжелые органические нарушения, которые чаще всего являются причиной сочетанных нарушений, обуславливающих выраженные нарушения интеллекта, сенсорных функций, движения, поведения, коммуникации, в значительной мере препятствуют развитию самостоятельной жизнедеятельности ребенка в семье и обществе сверстников. Характер развития детей данной группы зависит от ряда факторов: этиологии, патогенеза нарушений, времени возникновения и сроков выявления отклонений, характера и степени выраженности каждого из первичных расстройств, специфики их сочетания, а также от сроков и качества коррекционной помощи.

В связи с выраженными нарушениями и (или) искажениями процессов познавательной деятельности, прежде всего: восприятием, мышлением, вниманием, памяти непродуктивным оказываются подходы, требующие от ребенка абстрактного мышления, процессов анализа и синтеза. В связи с этим возникают серьезные трудности в усвоении «академического» компонента различных программ дошкольного, а впоследствии и школьного образования. Специфика эмоциональной сферы определяется ее неустойчивостью, часто гиперсензитивностью. В связи с неразвитостью волевых процессов, дети оказываются не способны произвольно регулировать свое эмоциональное состояние, что не редко вызывает проблемы поведения. Кроме всего перечисленного, трудности в обучении вызваны недоразвитием мотивационно-потребностной сферы детей с ТМНР. Интерес к какой-либо деятельности, если возникает, то, как правило, носит кратковременный, неустойчивый характер.

Обучающиеся с ТМНР, имеют тяжёлые двигательные нарушения неврологического генеза (ДЦП в форме спастической диплегии, гиперкинетической формы тяжелой степени выраженности, смешанной формы и т.д.), вследствие которых они полностью или почти полностью зависимы от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании, предметной деятельности и коммуникации. У части детей со спастической диплегией наблюдается эпилепсия. Припадки наблюдаются часто, их очень тяжело контролировать. Почти в половине случаев расстройства опорно-двигательной системы сопровождаются патологиями черепных нервов: атрофией зрительных нервов, косоглазием, нарушениями слуха и псевдобульбарными расстройствами. Зачастую у детей отмечают микроцефалию, носящую вторичный характер.

Дети с тяжелой спастической диплегией и двойной гемиплигией редко способны к ходьбе, не могут самостоятельно удерживать своё тело в сидячем положении, испытывают затруднения с речью и её пониманием. Отсутствие мотивации и тяжелые дефекты моторики рук исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

Большинство обучающихся данной группы имеют тяжелые дизартрические расстройства, что затрудняет понимание их речи, а у некоторых детей отмечается анатрия (отсутствие речи вследствие тяжелого поражения мышц артикуляционного аппарата).

Интеллектуальное развитие этой группы различно. Степень умственной отсталости колеблется от умеренной до глубокой. Развитие тех детей данной группы, у которых менее выражено интеллектуальное недоразвитие, благоприятствует формированию представлений, умений и навыков, значимых для их социальной адаптации. Так, у большинства детей проявляется интерес к общению и взаимодействию, что позволяет предположить возможность обучения таких детей пользоваться невербальными средствами коммуникации (жесты, мимика, графические изображения и др.); наличие отдельных двигательных действий (захват, удержание предмета, контролируемые движения шеи и др.) создаёт предпосылки для обучения детей выполнению отдельных операций по самообслуживанию и предметно-практической деятельности.

Учет типологических особенностей позволяет решать, прежде всего, задачи организации обучения и воспитания детей в образовательной организации: определение достаточного количества сопровождающих взрослых в соответствии с потребностью в физической помощи детям, выбор технических средств (вспомогательных и дидактических), планирование форм проведения уроков (индивидуальных, групповых) и др.

Дети с тяжёлыми двигательными нарушениями неврологического генеза могут обучаться как в образовательной организации для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, так и в образовательной организации для детей с умственной отсталостью.

Дети имеют тяжёлые опорно-двигательные нарушения неврологического генеза и, как следствие, полную или почти полную зависимость от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании и предметной деятельности. Большинство детей этой группы не могут самостоятельно удерживать своё тело в сидячем положении. Спастичность конечностей часто осложнена гиперкинезами. Процесс общения затруднен в связи с несформированностью языковых средств и речемоторных функций

порождения экспрессивной речи. Степень умственной отсталости колеблется от выраженной до глубокой. Дети данной группы с менее выраженным интеллектуальным недоразвитием имеют предпосылки для формирования представлений, умений и навыков, значимых для социальной адаптации детей. Так, у большинства детей проявляется интерес к общению и взаимодействию, что позволяет обучать детей пользоваться невербальными средствами коммуникации (жесты, мимика, графические изображения и др.); наличие отдельных двигательных действий (захват, удержание предмета, контролируемые движения шеи и др.), создаёт предпосылки для обучения детей выполнению доступных операций самообслуживания и предметно-практической деятельности. Обучение строится с учётом специфики развития каждого ребёнка, а также в соответствии с типологическими особенностями развития детей с тяжёлыми и множественными нарушениями.

Особые образовательные потребности обучающихся с умственной отсталостью и ТМНР

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

- обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;

- требуется введение в содержание обучения специальных разделов;

- необходимо использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения;

- индивидуализация обучения в соответствии с потенциальными возможностями;

- наглядно-действенный характер содержания образования и упрощение системы учебно-познавательных задач, решаемых в процессе образования;

- специальное обучение «переносу» сформированных знаний и умений в новые ситуации взаимодействия с действительностью;

ГБУ НСО «ОЦДК»

специальная помощь в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации;

коррекция произносительной стороны речи; освоение умения использовать речь по всему спектру коммуникативных ситуаций;

обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;

максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательного учреждения.

Для этой группы обучающихся: учет особенностей и возможностей обучающихся реализуется как через образовательные условия, так и через содержательное и смысловое наполнение учебного материала. Усиление практической направленности обучения с индивидуальной дифференцированностью требований в соответствии с особенностями усвоения учебного материала обучающимися с тяжелыми множественными нарушениями развития. Специальное обучение и услуги должны охватывать физическую терапию, психологическую и логопедическую помощь.

Кроме того, СИПР может иметь приложение, включающее задания и рекомендации для их выполнения ребёнком в домашних условиях.

При реализации *варианта 6.4* в форме обучения ребенка на дому или семейного образования обязательным является дозированное расширение его жизненного опыта и социальных контактов в доступных для него пределах. СИПР предусматривает не только адаптацию ребёнка к условиям домашней жизни, но и доступное ему социальное развитие.

Некоторые рекомендации по особенностям организации образовательного процесса

Для успешной организации учебного процесса в массовых общеобразовательных учреждениях детям с НОДА, педагогу необходимо знать о психофизических особенностях ученика, о типичных трудностях, возникающих при овладении учебным материалом и обусловленных характером основного заболевания. Понимать, почему возникло то или иное затруднение в обучении, на каком этапе, и как оно отражается на усвоении программного материала, учитывать их при определении интеллектуальных и физических нагрузок, при оценке уровня достижений, использовать специальные приемы обучения, особенно на его начальных этапах.

До начала обучения учителю необходимо установить тесный контакт и сотрудничество учителя с родителями, провести подробную беседу об увлечениях ребенка, его интересах, склонностях, любимых занятиях, играх, выяснить, какие двигательные навыки у него развиты, и в процессе какой деятельности он их активизирует. Например, ребенок любит рисовать на бумаге большого формата, сидя за столом, лежа на полу и т.п. Кроме того, учитель выясняет положительные черты характера, на которые можно будет опереться в процессе учебной деятельности, а также негативные, требующие особого внимания со стороны педагога.

Установление тесного контакта и сотрудничества учителя с родителями является обязательным условием успешной адаптации ребенка с церебральным параличом к массовой школе. Родители должны принимать участие в изготовлении дидактических материалов, наглядных пособий, специальных приспособлений, облегчающих овладение навыками письма и чтения

Прежде чем ребенок с ДЦП переступит порог класса в массовой школе, должна быть проведена работа среди всех участников образовательного процесса (особое внимание необходимо уделить работе с родительской общественностью) по формированию толерантного отношения к детям с ДЦП.

Целесообразно проводить на методических советах школы, родительских собраниях и педсоветах ознакомительные беседы по общим и специфическим особенностям детей с двигательной патологией, что несомненно будет способствовать повышению компетентности учителей и педагогическому просвещению родителей.

Перед приходом ребенка с двигательными нарушениями в массовый класс необходима предварительная работа со здоровыми

сверстниками. Учитель рассказывает о сильных сторонах характера, положительных качествах личности больного ребенка, раскрывает мир его увлечений. Одновременно в тактичной форме учитель должен объяснить ученикам, что нельзя сосредотачивать внимание на дефекте больного ребенка, тем более дразнить и обижать его. Наоборот, необходимо оказывать ему посильную помощь (помогать спускаться по лестнице, передвигаться в физкультурном зале и т.д.), проявлять терпение при замедленных ответах, письме и других затруднениях.

Некоторые рекомендации по особенностям овладения учебным материалом

При обучении детей с НОДА необходимо уделить внимание:

- на подготовку руки к письму, формирование двигательного навыка письма (рисование, штриховка, обведение букв по трафарету, выкладывание их из палочек), его последовательную отработку и закрепление;

- отработку правильного произношения, развитию фонематического слуха, формированию основ звукового анализа, уточнению и обогащению словарного запаса, практическому овладению грамматическими средствами языка, выявлению и преодолению встречающихся в речи грамматических недочётов;

- формированию предметно-практической деятельности, различным формам работы с разрезной азбукой, графической записи слов, и т. д., для предупреждения дисграфии и орфографии;

- при обучении математике, использовать применение разнообразного наглядного материала, чертежей, схем, рисунков учитывать индивидуальные особенности мышления ребёнка;

- занятия физической культурой посещать в спортивном костюме и спортивной обуви;

- вопрос о применении ортопедической обуви и аппаратов во время физкультурных занятий решить индивидуально с врачом-ортопедом;

- при всех видах занятий обеспечить меры предупреждения несчастных случаев

- планировать урок физической культуры с постепенным повышением нагрузки к середине урока и переход в конце к успокоительным упражнениям;

- осуществлять индивидуальный подход к дозированию физических нагрузок;

ГБУ НСО «ОЦДК»

-на уроках трудовой подготовки в мастерских использовать оборудование и инструменты со специальными приспособлениями, предупреждающими травматизм;

Предусматривать занятия по коррекции недостатков двигательных и психических функций, в зависимости от имеющихся нарушений (занятия по коррекции преимущественно двигательных нарушений, занятия по коррекции преимущественно речевых нарушений, сочетание двигательных и речевых, недостатков общего психического развития, занятия по формированию зрительно-моторной координации)

В цикл коррекционных занятий включить:

-ЛФК (групповые и индивидуальные занятия в целях компенсации преимущественно двигательной патологии)

- логопедические занятия при речевой патологии

-в индивидуальные и групповые занятия для коррекции нарушения психических функций

Оценку знаний учащихся по различным предметам необходимо проводить по следующим основаниям:

полнота и глубина знаний

оперативность и гибкость знаний

степень обобщенности и систематичности знаний

Одним из аспектов проверки знаний учащихся является выявление у них умений рационального учебного труда. Это особенно важно для детей с церебральным параличом, так как позволяет сформировать умения целенаправленно планировать, организовывать, контролировать и корректировать свою учебную деятельность, а также учит самостоятельно приобретать знания.

При изучении каждой темы учитель должен четко представлять, какие умения являются стержневыми, какие должны быть сформированы именно на материале данного урока. Одна из задач обучения - формирование у учащихся умения кратко представить основное содержание темы. Например: составить план прочитанного, ответить на вопросы, сделать рисунок, краткую запись и т.д.

Овладение этими умениями способствует коррекции нарушенных функций, формированию внутренней речи. Кроме того, по тому, как учащийся справляется с задачей построения плана, можно судить об уровне его знаний.

Формирования у детей с ДЦП умения связывать новый материал с ранее пройденным, выбирать из старого материала те сведения, которые необходимы для усвоения нового, способствует установлению и укреплению причинно-следственных связей.

Дети с церебральным параличом должны уметь работать со схемами, рисунками, картинками и другим наглядным материалом. Это умение используется в разных формах в различных видах учебной деятельности. Оно помогает учителю проводить опрос учащихся и выявлять уровень усвоения знаний. При этом учителю следует определить, может ли ученик:

рассказать о том, что изображено на рисунке или схеме;

сравнить разные объекты на рисунке, сделать соответствующие выводы;

используя как сам рисунок, так и подписи к нему, ответить на поставленный вопрос;

обозначить на рисунке отдельные объекты или части и т.д.

Пакет специальных условий включения детей с НОДА в общеобразовательных организациях

Для того чтобы обучающийся с двигательной патологией попал на территорию образовательной организации необходимо установить пандус у входа в здание. Пандус должен быть достаточно пологим (10-12°), чтобы ребенок на коляске мог самостоятельно подниматься и спускаться по нему. Ширина пандуса должна быть не менее 90 см. Необходимыми атрибутами пандуса являются ограждающий бортик (высота - не менее 5 см) и поручни (высота - 50-90 см), длина которых должна превышать длину пандуса на 30 см с каждой стороны. Ограждающий бортик предупреждает соскальзывание коляски.

Если архитектура здания не позволяет построить правильный пандус (например, узкая лестница), то можно сделать откидной пандус. В данном случае необходима посторонняя помощь.

Двери здания должны открываться в противоположную сторону от пандуса, иначе ребенок на коляске может скатиться вниз.

Вдоль коридоров необходимо сделать поручни по всему периметру, чтобы обучающийся с двигательной патологией, который плохо ходит, мог, держась за них передвигаться по зданию. Ширина дверных проёмов должна быть не менее 80-85 см., иначе ребенок на коляске в них не пройдет.

Для того чтобы ученик на коляске смог подняться на верхние этажи, в здании должен быть предусмотрен хотя бы один лифт (возможно, понадобится ограничить доступ в него остальных учащихся), а также подъемники на лестницах.

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

делает пространство класса узнаваемым, а значит - безопасным и комфортным для обучающегося с нарушением ОДА, обеспечивает успешность его пространственного ориентирования, настраивает на предлагаемые формы взаимодействия, способствует повышению уровня собственной активности.

При этом необходимо соблюдение следующих условий:

санитарно-бытовых условий с учетом потребностей детей, с двигательной патологией воспитывающихся в данной организации (наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены в себя кушетки, пеленальные столики для смены памперсов и т.д.).

социально-бытовых условий с учетом конкретных потребностей обучающегося с нарушением опорно-двигательного аппарата, в данной организации (наличие адекватно оборудованного пространства организации, рабочего места ребенка и т.д.).

Специальное оборудование

средства передвижения: различные варианты инвалидных колясок (комнатные, прогулочные, функциональные, спортивные), подъемники для пересаживания, микроавтобус, ходунки и ходилки (комнатные и прогулочные), костыли, крабы, трости, велосипеды; специальные поручни, пандусы, съезды на тротуарах и др.. Во многих многофункциональных креслах-колясках дети могут проводить значительное время. В них имеется столик для приема пищи и занятий, съемное судно, отделение для книг, специальная емкость для хранения термосов с пищей.

средства, облегчающие самообслуживание детей (наборы посуды и столовых приборов, приспособления для одевания и раздевания, открывания и закрывания дверей, для самостоятельного чтения, пользования телефоном; особые выключатели электроприборов, дистанционное управление бытовыми приборами-телевизиром, приемником, магнитофоном);

подбор мебели, соответствующей потребностям ребенка.

Оборудование сенсорной комнаты для релаксации:

напольные и настенные мягкие покрытия, пуфики и чанки разных размеров и цветов (подушки в виде скатов, которые прогибаются под тяжестью тела, создавая устойчивую опору, следуя его форме);

водяной матрац» (подогреваемый матрац прогибается, повторяя форму тела, мягко и равномерно поддерживая его) ; музыкальная водяная кровать (вибрации, созданные музыкой, воспринимаются кожей как тактильные стимулы);

ГБУ НСО «ОЦДК»

«кресло-лепесток» (покачиваясь, расслабляет, снижает спастичность мышц);

светящийся бассейн с прозрачными шариками (цвет шариков изменяется); трубки с пузырьками (поток пузырьков поднимается вверх по прозрачной пластиковой трубе, наполненной водой; цвет подсветки меняется); водопад» из светоптических волокон с боковой подсветкой (100 нитей покрытого винилом светоптического волокна медленно изменяют цвет);

панель с нитями с ультрафиолетовой подсветкой (пластиковые нити различных окрасок с акриловым зеркалом, отражающим эти нити); панель с фонтаном из светоптических волокон, работающая в интерактивном режиме (при последовательном «к воцении во шикают разнообразные световые эффекты);

тактильная панель (набор материалов различных текстур, которые можно осязать и совершать ими манипуляции) ;

набор колес с узорами и картинами (по стене «проплывают» простые рисунки)

мерцающий металлофон (светящиеся клавиши, на которых можно играть простые мелодии).

Психолого-педагогическое сопровождение

Педагогу важно знать и учитывать, что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни и обучения. Наше воздействие на ребенка, имеющего отклонения в развитии, должно способствовать достижению двух целей:

Ребенок должен чувствовать себя комфортно. Мы всегда должны учитывать состояние ребенка в конкретный момент времени. Важно помнить, что первая наша задача - создать базис, на основе которого ребенок сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять самостоятельную активность. Только после этого мы вместе с ним сможем сделать следующий шаг в познании окружающего мира.

Границы возможностей ребенка должны расширяться. Важно стимулировать все способности ребёнка и добиваться его максимально возможной самостоятельной активности, даже если она недостаточна.

Первая глобальная задача специалистов состоит в разработке оптимального индивидуального плана обучения ребенка; следует обсудить все варианты с родителями и вместе с ними решить, какая именно форма образования наилучшим образом соответствует потребностям ребенка на каждой стадии его школьной жизни. Несомненно, во внимание принимаются и местные условия, и расстояние до школы, и необходимость пользоваться транспортом, и оборудованные

пандусами крыльцо и лестницы в школе и т.д. Еще одна крайне важная деталь - особенности самого ребенка. Темперамент и интеллектуальные способности значат не меньше, чем физические нарушения.

Важно отметить несколько практико-ориентированных рекомендаций для педагогов, которые они должны соблюдать при работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата:

Так как у данной категории детей при сохранном интеллекте идёт «диссоциативное» развитие психики (т.е. отмечается неравномерность развития, когда какие-либо знания и умения ребенка могут быть развиты больше, чем должно быть в его возрасте, и при этом другие знания и умения недостаточно сформированы), перед началом обучения необходимо изучить клинико-психолого-педагогический статус ребёнка.

У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; педагог должен приближаться к ребёнку со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.

Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания).

На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима, обязательный перерыв на физкультминутку.

В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.).

Для детей с усиленным слюноотечением (саливацией) требуется контролирующая помощь со стороны учителя с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки - контроля за слюноотечением.

Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

ГБУ НСО «ОЦДК»

На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.

Так как темп деятельности у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата замедленный, следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время.

Ребёнку с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата необходима сопровождающая помощь дефектолога, специального психолога и логопеда.

По возможности в школе необходимо создать специальную коррекционную предметно-развивающую среду в соответствии с ведущими линиями развития ребенка.

12) Дифференцированный и индивидуальный подход, а также создание благоприятных условий обучения, учитывающих индивидуальные типологические и специфические особенности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, поможет ребёнку лучше усваивать программу.

АЛГОРИТМ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПМПК ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С НОДА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ № _____ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Родители имеют право представить заключение ПМПК в образовательную организацию в течение календарного года

Адрес: _____ (ТПМПК)

Телефон: _____ (ТПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка) _____

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ТПМПК

_____ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен (если первично) или подтверждается* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья (*если это необходимо*). Указать заключение специалистов ТПМПК, принимавших участие в обследовании (кроме медицинского заключения).

Обучающийся нуждается в специальных образовательных условиях:

1) Указать форму образования, форму обучения, степень инклюзии и программу обучения.

Например: Воспитание и обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с ОВЗ с 20...-20.. уч.г.

или

2) Указать необходимость повторного обращения на ПМПК.

Например: Повторное обращение на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций или в случае стабильно положительной или отрицательной динамики в течение года или указать конкретный срок.

3) Указать вероятностный прогноз развития ребенка и специальные образовательные условия (конкретные рекомендации указываются в приложение с обязательным указанием количества страниц).

Например: Вероятностный прогноз развития ребенка благоприятный при создании в образовательной организации следующих специальных образовательных условий (рекомендации в приложении на ... листах):

Руководитель ТПМПК / ФИО /
Специалисты ТПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять обучение по адаптированной общеобразовательной программе дошкольного образования для детей с ОВЗ или по адаптированной общеобразовательной программе начального/основного/среднего общего образования для детей с НОДА вариант

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях образовательной организации (указать необходимые коррекционные занятия со специалистами), в том числе обеспечение дополнительной помощи тьютора.

Коррекционно-развивающую работу выстраивать с опорой на выявленные ресурсные возможности ребенка (указать сохраненные функции; мотивацию; интересы и потенциалы ребенка и т.п.).

Использовать специальные педагогические методы, подходы и приемы обучения и воспитания ребенка с НОДА и необходимые методы педагогической поддержки (указать конкретно).

Разработать индивидуально-ориентированную систему оценивания ребенка, адекватную его возможностям.

Создать специальную архитектурную среду.

Использовать специальное оборудование (указать конкретно).

Соблюдать охранительный педагогический режим.

Организация питания с учетом избирательности ребенка (при необходимости - возможность питания домашней пищей).

Разработать систему мероприятий по социализации ребенка.

Данная часть документа передается в образовательное учреждение родителями по их желанию

Администрация образовательного учреждения предупреждена о действии ст. 61 «Врачебная тайна» и Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, которая подтверждает конфиденциальность передаваемых сведений.

Родители имеют право представить заключение ПМПК в образовательную организацию в течение календарного года.

ГБУ НСО «ОЦДК»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья. Дефицитарность опорно-двигательного аппарата. Психологическое развитие соответствует возрастной норме. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Дизартрия.

*Обучающийся*януждается в специальных образовательных условиях:

Образование и развитие в дошкольной образовательной организации по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья с 2015-2016 уч.г.

Повторный осмотр на ПМПК перед школой.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с 2015-16 уч.г.

Вероятный прогноз развития благоприятный при создании в образовательной организации следующих специальных образовательных условий (рекомендации в приложении)

Руководитель ТПМПК / ФИО /

Специалисты ТПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять образование по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

Занятия с учителем-дефектологом в условиях индивидуальной комплексной программы развития и коррекции:

формировать представление об окружающем мире;

развитие практической ориентировки на форму, величину; умение выделять цвет как признак предмета;

формировать представление об окружающем мире (сравнивать и описывать предметы и объекты окружающего мира, находить сходство и отличия);

овладение началами математики (понятием числа, вычислениями, решением простых арифметических задач);

формирование различных видов деятельности: предметно-игровой, изобразительной деятельности;

развитие мелкой моторики рук с помощью технологий лепки, рисования пальцами, мозаики;

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

Рабочее место обучающегося с НОДА должно быть специально организовано в соответствии с особенностями ограничений его здоровья.

При выполнении продуктивной деятельности учитывать ограниченные возможности **правой руки**.

Развитие активности и любознательности, постоянно поддерживать познавательный интерес.

Применение мультисенсорных техник обучения: воздействие в процессе обучения на все каналы восприятия ребенка: слух, зрение, осязание.

Рекомендуемая литература:

Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. - 1967. - № 3.

Левченко И.Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М.: Академия. 2001.

Адрес в интернете: <http://ikprao.ru/almanah>
Институт коррекционной педагогики Российской Академии
Образования

Епифанцева Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога
Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и
воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Мякишева Н.А. Разработка методологии индивидуальной
реабилитации детей и подростков с последствиями ДЦП // Российская
государственная академия физической культуры. Москва //
<http://lib.sportedu.ru/press/tpfk>

Новые формы коррекционной помощи детям с отклонениями в
развитии Автор: Н.Д. Шматко

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление
физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта
(доброжелательность, педагогический такт, поощрение дружелюбия к
ребенку со стороны детей и т.д.);

соблюдение ортопедического режима: в соответствии
рекомендациями врача-ортопеда, которое позволяет устранить
негативные моменты, способствующие прогрессированию
двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное
влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

Рекомендации логопеда педагогам, родителям:

Обязательные систематические занятия с логопедом по основным
направлениям:

Углубленная диагностика, наблюдение с целью исключения
заикания, предупреждение появления запинок в речи (соблюдения
режима дня, соблюдение речевого режима, ограничение речевых
нагрузок, соблюдаем правило «говорим не торопясь, на выдохе»).

Дыхательная гимнастика под контролем врача.

Проводить работу по формированию правильного
звукопроизношения (возможно использование заданий и упражнений,
предложенных в книге М.Ф. Фомичевой «Воспитание у детей
правильного звукопроизношения», также можно использовать малые
фольклорные жанры: чистоговорки, загадки, поговорки, что полезно
для развития словесно-логического мышления);

Продолжать учить различать на слух все звуки речи (гласные,
простые согласные, свистящие-шипящие, твердые-мягкие, звонкие-
глухие);

Продолжать расширять знания и представления ребенка об окружающем мире – беседовать об увиденном, услышанном – пополнять словарь ребенка новыми словами, поощрять желание ребенка задавать вопросы. Учить стихи, отгадывать загадки.

Обязательно проводить словарную работу, постоянно уточнять значение новых, сложных слов, обязательно обращать внимание на грамматическую форму слов, полезны игры со словами.

Рекомендованная литература:

Селиверстов В.И. «Речевые игры с детьми»

Ткаченко Т.А. Развитие фонематического восприятия. Альбом для дошкольника.

Ткаченко Т.А. Расширяем словарный запас.; Коррекция речи.

Филичева Т.Б., Т.В. Туманова Звуковые кроссворды в картинках и загадках

Филичева Т.Б. Дидактические материалы для обследования и формирования речи детей дошкольного возраста.

Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения

Хватцев М.Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста.

Мороз О.Т. К вопросу о заикании, его распространенности и предупреждении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья. Дефицитарность опорно-двигательного аппарата. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Дизартрия. Риск возникновения сложной формы дисграфии.

Обучающийся нуждается в специальных образовательных условиях:

Обучение в образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе *начального* общего образования для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата с 2016-2017уч.г., вариант 6.1 которое может осуществляться как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность (п.4 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ» № 273 от 29.12.2012 г.).

Заключение действительно на период обучения по адаптированной общеобразовательной программе начального общего образования.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с 2016-17уч.г.

Вероятный прогноз развития благоприятный при создании в образовательной организации следующих специальных образовательных условий (рекомендации в приложении):

Руководитель ЦПМПК /Ф.И.О./

Специалисты ТПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять образование по адаптированной общеобразовательной программе *начального* общего образования для обучающихся с *нарушением опорно-двигательного аппарата*.

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

1. Сопровождение консилиумом:

проведение комплексного обследования и осуществление индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей и ресурсов обучающегося;

комплексный подход и взаимодействие в разработке и реализации коррекционных мероприятий педагогов, специалистов в области коррекционной педагогики и психологии;

отслеживание динамики развития ребенка не реже 4 раза в год;

своевременное внесение коррективов в индивидуальный образовательный маршрут в соответствии с решением консилиума образовательной организации.

Коррекционно-развивающая работа обеспечивает оказание своевременной адресной специализированной помощи в освоении содержания образования и коррекцию недостатков в психофизическом развитии обучающегося.

Адаптивная физическая культура определяются особенностями двигательного развития и медицинскими рекомендациями.

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

Рабочее место обучающегося с НОДА должно быть специально организовано в соответствии с особенностями ограничений его здоровья; пространство на столе должно быть достаточным для свободной манипуляции учебниками, учебными принадлежностями и т.д.

Формирование способов познавательной деятельности, позволяющих учащемуся усваивать общеобразовательные предметы.

На определенный отрезок времени ребенку дается лишь одно задание; большое задание предлагается выполнять последовательно в виде частей и педагог должен периодически контролировать ход работы над каждой из них, внося необходимые коррективы; поэтапное разъяснение инструкции к заданию.

Овладение осмысленным письмом, грамотным письмом с использованием элементарных знаний по грамматике и орфографии.

Необходимо варьировать объем и формы выполнения письменных работ, чтобы ребенок успевал за темпом работы класса, не переутомлялся, и была возможность для формирования учебных навыков.

Формировать понимание роли чтения, использование разных видов чтения; умение осознанно воспринимать и оценивать содержание и специфику различных текстов, участвовать в их обсуждении, давать и обосновывать нравственную оценку поступков героев.

Отрабатывать алгоритм простых действий при решении примеров, задач, заучивания правил; знакомить с задачей, ее структурой (условие, вопрос), учить анализировать задачу (устанавливать связь между элементами, объяснять выбор действия для решения); иллюстрировать содержание задачи вначале с помощью предметов их заменителей, затем – рисунков, затем - схем.

Многочисленное повторение практических и умственных действий; наглядно-действенный показ (способа действия, образца выполнения); подражательные упражнения; дидактические игры; создание условий для применения полученных знаний, умений и навыков в общении, предметной деятельности, в быту.

Соблюдение четкости и краткости инструкций, выясняя, все ли слова в задании знакомы и понятны ребенку.

Использование визуальных пособий (иллюстраций, схем, графиков, памяток, таблиц).

Помочь в приобретении знаний первоначальных представлений о компьютерной грамотности.

Предоставление дополнительного времени для завершения задания.

Дозированная нагрузка; смена видов деятельности в зависимости от степени утомляемости ребенка.

Близость к учащемуся во время выполнения задания, в случае затруднений при выполнении классного задания ребенку должна быть предоставлена возможность обращаться за помощью к педагогу.

Коррекционные программы:

Программы логопедических занятий и уроков физкультуры в начальных классах школ для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами. М., 1979.

Программы начальных классов школ для детей с последствиями полиомиелита и церебральным параличом (русский язык, математика, ручной труд). М., 1981.

Программы специальной общеобразовательной школы для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами. М., 1986.

Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом Л.А. Данилова, Л. 1972.

Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом., Архипова Е.Ф. М., 1989.

Теория и методика физического воспитания. Ашмарин Б.А., М., 1990.

Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе. Данилова Л.В., Стока К., Казицина Г.Н. , СПб., 1997.

Лечебная физическая культура и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга. Карепов Г.В., Киев, 1991.

Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Мастюкова Е.М., М., 1992.

Использовать в образовательном процессе:

применение специальных приложений и дидактических материалов (преимущественное использование натуральной и иллюстративной наглядности),

использование речевых средств и средств информационных и коммуникационных технологий (ИКТ- устройства видеозаписи, планшетный или персональный компьютер с соответствующим программным обеспечением и вспомогательным оборудованием) для решения коммуникативных и познавательных задач;

Разработать индивидуально-ориентированную систему оценивания ребенка, адекватную его возможностям:

В Программах для специальных (коррекционных) образовательных учреждений VI вида имеется перечень того, что должны знать дети (уровень минимальной готовности обучения в общеобразовательной школе должны знать по программе VI вида, уровень максимальной готовности должны знать ФГОС).

Особенности учебной деятельности учащихся с церебральным параличом. Рекомендации к оценке знаний, умений и навыков учащихся начальных классов (русский язык, математика). М., 1984.

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

предупреждение психофизических перегрузок, эмоциональных срывов (смена видов деятельности, творческие задания, красочный иллюстративный материал, занимательная форма изложения учебного материала и т.д.);

соблюдение индивидуального ортопедического режима для каждого обучающегося с двигательной патологией, на каждом уроке после 20 минут занятий проводится 5-минутная физкультпауза с включением лечебно-коррекционных мероприятий;

соблюдение норм СанПиНа 2.4.2.2386 - 15 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту);

организация бесплатного двухразового питания в соответствии с п. 7 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ».

Рекомендации логопеда педагогам:

Занятия с логопедом 2 раза в неделю.

Основные направления логопедического сопровождения:

Педагогам и логопеду проводить периодически диагностические срезы (состояние устной речи, анализ письменных работ) с целью уточнения направлений коррекционной работы.

Формировать фонематическое восприятие (дифференцировать на слух слова, отличающиеся одним звуком: крыша - краса, кошка – кочка; дифференцировать слова, сходные по звуко – слоговой структуре: воз - нос, газон - вагон);

Продолжать работу по развитию звукопроизношения (тщательная автоматизация всех этапов, дифференциация звуков)

Обязательна постоянная работа по уточнению сведений о гласных и согласных звуках, основных их признаках.

Развивать навыки языкового анализа, синтеза на уровне предложения, слова, текста. Обязательно с опорой на схемы, модели, картинки.

Примерные задания:

определение количества и последовательности слов в предложении.
составление и запись предложений из слов, данных вразбивку. (например: *по, лев, клетке, ходит; Лев ходит по клетке.*)
Каждое предложение анализируется.

полезны графические диктанты – см. *Р.Лалаеву, Л.Ефименкову.*

Развивать сенсомоторные функции: (профилактика оптической дисграфии)

Примерные задания:

уточнение связи звука и буквы: сравнения звуков по артикуляции/звучанию: И-У, Т-П...;

ГБУ НСО «ОЦДК»

Нахождение сходства и отличия, нахождение правильно/неправильно/зеркально написанных букв, дописывание недостающих элементов букв.

Развитие умения узнавать предмет в «зашумленном» изображении. Ребенку предлагается рассмотреть карточки с контурными/перечеркнутыми изображениями яблока, собаки, машины, дерева, вазы и назвать нарисованное

дополнить фигуры недостающими элементами, найти «ошибку» в изображении

конструирование букв из элементов

показать правильно и неправильно напечатанные буквы

реконструирование одной буквы в другие

Обязательно учитывать нарушение устной речи, включать в структуру уроков задания, направленные на развитие устной речи, преодолений трудностей формирования процессов чтения и письма – согласовывать виды заданий, их очередность с логопедом.

Методы и приемы работы:

Методы контроля над эффективностью учебно-познавательной деятельности (метод предупреждения, исправления ошибок): устные, письменные проверки и самопроверки результативности овладения знаниями, умениями и навыками; Этот метод важен для формирования осознанного отношения школьника к имеющимся ошибкам устной речи и, следовательно, допускающимся ошибкам речи письменной. Эффективны задания типа «Исправь ошибку», «Вставь пропущенную букву». Подобные работы должны выполняться индивидуально, совместно с учителем. Каждая допущенная ошибка **анализируется учителем совместно с ребенком, проговаривается, сравнивается** ошибочное написание и правильное.

Методы стимулирования учебно-познавательной деятельности: Определённые поощрения в формировании мотивации, чувства ответственности, обязательств, интересов в овладении знаниями, умениями и навыками.

Приемы:

При формировании звукопроизношения:

Сравнение с образцом, выполнение по образцу / по словесной инструкции, прием самоконтроля, проговаривания «про себя»

Формировании фонематического восприятия:

Соотнесение слов с оппозиционными согласными, самостоятельный подбор слов на заданный звук, подбор

соответствующих картинок на заданный звук. Обязательно соотносить обрабатываемые звуки с соответствующими буквами.

Формировании языкового анализа:

«Графический диктант», Звуковой анализ слова с опорой на цифровую ряд

Наглядные приемы для расширения лексического запаса речи:

- использование самих предметов или их изображений (муляжей, макетов, игрушек, картинок, изображений);
- демонстрация слайдов, учебных фильмов;
- демонстрация действий и создание наглядных ситуаций.

Вербальные приемы для расширения лексического запаса речи:

- подбор синонимов, антонимов;
- перефразирование, передача содержания слова, словосочетания другими, доступными для детей лексико-грамматическими средствами (затаился – сидел тихо, не шевелился);
- подбор определений (полустанок – маленькая железнодорожная станция);
- морфологический анализ структуры слова (снегопад – снег падает);
- подбор к родовому понятию видовых (лесные богатства – это грибы, ягоды);
- негативные определения (беспорядок – нет порядка);
- тавтологические толкования (кожаные сапоги – сапоги, сшитые из кожи);

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья.

G 93.8 Миелодисплазия на поясничном уровне. Нижний вялый монопарез. Оперированная врожденная косолапость. Резидуальные явления ППЦНС. Церебрастенический с-м. Дизартрия. Дефицитарность опорно-двигательного аппарата. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Дизартрия. Риск возникновения сложной формы дисграфии.

Обучающийся нуждается в специальных образовательных условиях:

Обучение в образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе *начального* общего образования для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата с 2016-2017уч.г., вариант 6.1 которое может осуществляться как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность (п.4 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ» № 273 от 29.12.2012 г.).

Заключение действительно на период обучения по адаптированной общеобразовательной программе начального общего образования.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с 2016-17уч.г.

Рекомендации родителям (законным представителям):
наблюдение невролога, ортопеда.

Индивидуальное обучение на дому рекомендуется детям, с определенными медицинскими диагнозами; справку на индивидуальное обучение выдает лечащий врач.

Комплексная реабилитация в учреждениях социального обслуживания и здравоохранения для детей с ОВЗ (КЦСОН, центр социальной помощи, реабилитационный центр).

Нетрадиционные методы во неурочное время — иппотерапия (коррекционно-педагогическая помощь средствами верховой езды), дельфинотерапия (звук издаваемый дельфинами, воздействует на мозг человека и помогает избавиться от психологических проблем и проблем со здоровьем), канистерапия (лечение и реабилитация человека при помощи обученных собак).

Рекомендации логопеда родителям:

Обязательные занятия с логопедом.

2) Дома - закреплять пройденные правила русского языка с помощью таких пособий, как пособие **Т.В.Шкляровой «Найди ошибку»**, **«Вставь букву»** (пособия по классам обучения).

Литература для родителей:

Волина В. В. “ Учимся играя”

Волина В. В. “Праздник букваря”

Волина В. Игры в рифмы

Ефименкова Л.Н Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов

Козак О. Простые словесные игры. Литературные викторины

Парамонова Л. Г. “ Логопедия для всех “

Парамонова Л. Г. “Правописание шаг за шагом“

Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. – М.: Владос ,1997.

Руководитель ТПМПК / ФИО /

Специалисты ТПМПК

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *подтверждается* статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Тотальное недоразвитие высших психических функций (простой уравновешенный тип).

Дефицитарность сочетанная. Органическое поражение ЦНС в форме гипертензионно-гидроцефального синдрома. G 80 ДЦП атонически-астатическая форма. GMFCS 2. Задержка физического развития. Патология органа зрения (гипоплазия, атрофия зрительного нерва, амавроз ОИ). Энурез. Энкопрез. Системное недоразвитие речи тяжелой степени.

Ребенок нуждается в специальных образовательных условиях:

Реабилитация в стационарном учреждении системы социального обслуживания населения для детей с умственной отсталостью с 2015-16 уч.г.

Обучение в образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе для обучающихся с глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) с учетом нарушений опорно-двигательного аппарата, нарушением зрения с 2016-2017 уч.г.

Заключение действительно на период обучения по адаптированной образовательной программе.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики.

Руководитель ТПМПК / ФИО /
Специалисты ТПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять образование по адаптированной общеобразовательной программе для обучающихся с глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) с учетом нарушений опорно-двигательного аппарата, нарушением зрения.

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

Занятия с дефектологом в условиях индивидуальной комплексной программы развития и коррекции.

Коррекционно-развивающие занятия:

коррекционную работу выстраивать в зависимости от состояния ребенка и в соответствии с этим дифференцировать структуру и продолжительность занятий, создавая положительный эмоциональный фон;

сенсорное развитие: стимулировать слуховое восприятие, тактильное ощущение;

развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук и коррекция ее нарушений;

поддержка и развитие имеющихся движений, расширение диапазона движений и профилактика возможных нарушений;

обучение переходу из одной позы в другую;

Адаптивная физическая культура, ЛФК:

восприятие собственного тела, осознание своих физических возможностей и ограничений;

освоение доступных способов контроля над функциями собственного тела: сидеть, стоять, передвигаться (в т.ч. с использованием технических средств);

освоение двигательных навыков, координации движений;

Сотрудничества с законными представителями обучающегося (психологическая поддержка семьи; расширять осведомлённость родителей об особенностях развития и специфических образовательных потребностях ребенка через консультации, семинары, тренинги, занятия, беседы, собрания, домашнее визитирование и другие мероприятия).

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

Учебное пространство:

ГБУ НСО «ОЦДК»

рабочее (учебное) место обучающегося с ТМНР создается индивидуально с учетом его особых образовательных потребностей, а также сопутствующих нейросенсорных нарушений;

использовать вспомогательные средства и технологии с учетом степени и диапазона имеющихся у него нарушений (опорно-двигательного аппарата, сенсорной сферы) - кресла-коляски, ходунки, вертикализаторы и другое;

При разработке АООП руководствоваться:

Сборник «Программы обучения глубоко умственно отсталых детей». Составитель НИИ дефектологии АПН ССР (разработчик А.Р. Малер, Г.В. Пикабо). М.: издат. НИИ дефектологии, 1984 г.

Обеспечение доступности учебной информации для непосредственного восприятия (с помощью остаточного зрения и (или) осязания).

Представление о себе как "Я", осознание общности и различий "Я" от других.

Умение решать каждодневные жизненные задачи, связанные с удовлетворением первоочередных потребностей: прием пищи, туалет.

Понимание обращенной речи, неспецифических жестов.

Нуждается в постоянном уходе, помощи, присмотре, контроле со стороны взрослых.

Внеурочная деятельность организуется по двум направлениям:

Уход и присмотр.

уход осуществляется в процессе гигиенических процедур, одевания и раздевания, приема пищи;

уход должен сопровождаться уважительным, доброжелательным общением с ребенком, вызывающим с его стороны доверие и желание взаимодействовать со взрослым;

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

соблюдение ортопедического режима: в соответствии рекомендациями врача-ортопеда, которое позволяет устранить негативные моменты, способствующие прогрессированию двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

соблюдение норм СанПиНа 2.4.2.2386 - 15 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту);

ГБУ НСО «ОЦДК»

организация бесплатного двухразового питания в соответствии с п. 7 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ».

Психологическое сопровождение

Психологу учреждения системы социального обслуживания населения проводить консультации с родителями (законными представителями) по вопросам воспитания, социализации ребёнка.

Занятия с ребёнком по индивидуальному плану развития 2 раза в неделю

Логопедическое сопровождение: комплексная логопедическая коррекция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *подтверждается* статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Тотальное недоразвитие высших психических функций (простой уравновешенный тип).

Органическое поражение ЦНС в форме гипертензионно-гидроцефального синдрома.

Дефицитарность сочетанная. G 80 ДЦП атонически-астатическая форма. GMFCS 2. Задержка физического развития. Патология органа зрения (гипоплазия, атрофия зрительного нерва, амавроз ОИ). Энуруз. Энкопрез. Системное недоразвитие речи тяжелой степени.

Ребенок нуждается в специальных образовательных условиях:

Реабилитация в стационарном учреждении системы социального обслуживания населения для детей с умственной отсталостью с _____ уч.г.

Обучение в образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе для обучающихся с глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) с учетом нарушений опорно-двигательного аппарата, нарушением зрения с _____ уч.г.

Заключение действительно на период обучения по адаптированной образовательной программе.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики.

Рекомендации родителям (законным представителям): наблюдение психиатра, невролога, окулиста, ортопеда, педиатра.

Консультация эндокринолога.

Коррекционно-развивающие занятия в учреждении социального обслуживания населения по индивидуальной программе развития.

ГБУ НСО «ОЦДК»

Поддержка и развитие имеющихся движений, расширение диапазона движений и профилактика возможных нарушений.

Руководитель ЦПМПК /Ф.И.О./
Специалисты ЦПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять образование по адаптированной общеобразовательной программе *начального* общего образования для обучающихся с *нарушением опорно-двигательного аппарата*.

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

1. Сопровождение консилиумом:

комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся с НОДА в условиях образовательного процесса с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей и ресурсов;

осуществление мониторинга динамики развития, успешности в освоении АОП, подбор коррекционных мероприятий не реже 4 раза в год;

своевременное внесение коррективов в индивидуальный образовательный маршрут в соответствии с решением консилиума образовательной организации.

2. Комплексная программа коррекционной работы предусматривает медицинское воздействие (коррекцию двигательных нарушений), в том числе логопедическую работу, а также психологическое сопровождение, специальную психолого-педагогическую поддержку.

3. Коррекционно-компенсаторные занятия носят строго индивидуализированный характер:

развитие мелкой моторики и коррекция ее нарушений;

оказание помощи при возникновении трудностей в процессе усвоения программы;

развитие стремления к достижениям в учебе, труде, поиску друзей, способности к организации личного пространства и времени (учебного и свободного), стремления задумываться о будущем;

4. Использование приемов, обеспечивающих снятие зрительного напряжения и профилактику зрительного утомления.

5. *Сотрудничества с семьей обучающегося (психологическая поддержка семьи; расширять осведомлённость родителей об особенностях развития и специфических образовательных потребностях ребенка через консультации, семинары, тренинги, занятия, беседы, собрания, домашнее визитирование и другие мероприятия).*

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

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

2. Формирование способов познавательной деятельности, позволяющих учащемуся усваивать общеобразовательные предметы.

3. Проводить уроки в соответствии с современными требованиями используя видео- и аудиотехнику.

4. Овладение навыками смыслового чтения текстов различных стилей и жанров в соответствии с целями и задачами; осознанно строить речевое высказывание в соответствии с задачами коммуникации и составлять тексты в устной и письменной формах.

5. Формировать умение выполнять устно и письменно арифметические действия с числами и числовыми выражениями, решать текстовые задачи.

6. Многократное повторение практических и умственных действий; наглядно-действенный показ (способа действия, образца выполнения); подражательные упражнения; дидактические игры; создание условий для применения полученных знаний, умений и навыков в общении, предметной деятельности, в быту.

7. Приобретение представлений о компьютерной грамотности.

8. Дозированная нагрузка; смена видов деятельности в зависимости от степени утомляемости ребенка.

Коррекционные программы:

9. Программы логопедических занятий и уроков физкультуры в начальных классах школ для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами. М., 1979.

10. Программы начальных классов школ для детей с последствиями полиомиелита и церебральным параличом (русский язык, математика, ручной труд). М., 1981.

11. Программы специальной общеобразовательной школы для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами. М., 1986.

12. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом Л.А. Данилова, Л. 1972.

13. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом., Архипова Е.Ф. М., 1989.

14. Теория и методика физического воспитания. Ашмарин Б.А., М., 1990.

15. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе. Данилова Л.В., Стока К., Казичина Г.Н. , СПб., 1997.

16. Лечебная физическая культура и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга. Карепов Г.В., Киев, 1991.

17. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Мастюкова Е.М., М., 1992.

Использовать в образовательном процессе:

использование компьютерных технологий, компьютерная программа для детей, имеющих тяжелые поражения рук и использующих компьютер в качестве рабочей тетради;

выбор правильного расположения компьютера и оптимизацию зрительного восприятия необходимо осуществлять совместно со специалистом;

специальные клавиатуры (сенсорные) специальные мыши ("виртуальная клавиатура");

сопровождать работу ребенка во время урока должентьютор;

Разработать индивидуально-ориентированную систему оценивания ребенка, адекватную его возможностям:

В Программах для специальных (коррекционных) образовательных учреждений VI вида имеется перечень того, что должны знать дети (уровень минимальной готовности обучения в общеобразовательной школе должны знать по программе VI вида, уровень максимальной готовности должны знать ФГОС).

Особенности учебной деятельности учащихся с церебральным параличом. Рекомендации к оценке знаний, умений и навыков учащихся начальных классов (русский язык, математика). М., 1984.

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

соблюдение ортопедического режима: в соответствии рекомендациями врача-ортопеда, которое позволяет устранить негативные моменты, способствующие прогрессированию

двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

педагоги и администрация организации должны регулярно запрашивать рекомендации к осуществлению лечебно-профилактического режима, учитывающие возрастные изменения.

на каждом уроке после 20 минут занятий проводится 5-минутная физкультпауза с включением лечебно-коррекционных мероприятий;

соблюдение норм СанПиНа 2.4.2.2386 - 15 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту);

организация бесплатного двухразового питания в соответствии с п. 7 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ».

Психологическое сопровождение

Индивидуальные занятия с психологом по развитию познавательных процессов 2 раза в неделю.

Рекомендации педагога-психолога педагогам:

1. Создавать ситуацию успеха;
2. Учитывать темповые характеристики, давать больше времени на выполнение задания, не торопить с ответом;
3. В начале деятельности необходима чёткая инструкция к заданию
4. При возникающих трудностях в усвоении материала, необходимо использовать наглядность, организующую, направляющую помощь.

Рекомендации логопеда ЦПМПК педагогам, родителям, логопеду:

Комплексная систематическая логопедическая коррекция. Занятия с логопедом 3 раза в неделю.

Основные направления логопедического сопровождения – развитие устной речи, создание предпосылок к овладению письменной речью:

Педагогам и логопеду проводить периодически диагностические срезы (состояние устной речи, анализ письменных работ) с целью уточнения направлений коррекционной работы, подбора методов и приемов.

Формировать слуховое внимание (на начальном этапе обращать внимание ребенка на бытовые звуки; учить различать звучание музыкальных инструментов; соотносить количество звучаний с количеством счетных палочек);

Формировать слухоречевое внимание (на начальном этапе различать звуки животных, транспорта);

Формировать фонематическое восприятие (дифференцировать на слух слова, отличающиеся одним звуком: крыша - краса, кошка –

ГБУ НСО «ОЦДК»

кочка; дифференцировать слова, сходные по звуко – слоговой структуре: воз - нос, газон - вагон);

Развивать по возможности зрительное внимание (предложить найти картинку по названию; найди одинаковые картинки; складывание простых фигур по образцу; сравнение предметов по сходству и различию и т.п.);

Проводить работу по формированию звукопроизношения (тщательная автоматизация каждого этапа – на разнообразном лексическом материале!)

Артикуляционные упражнения-перед зеркалом, отраженно, совместно, с опорой на инструкцию, с закрытыми глазами. Полезна сенсорная артикуляционная гимнастика.

Обязательна постоянная работа по уточнению сведений о гласных и согласных звуках, основных их признаках –с опорой на схемы, модели, картинки.

Развивать постепенно навыки языкового анализа, далее синтезанауровне предложения, слова, текста. Обязательно с опорой на схемы, модели, картинки.

см. основные этапы, материал у *Р.Лалаевой, Л.Ефименковой.*

Развивать связную речь

Пересказ с опорой на картинки

Пересказ с опорой на пиктограммы

Составление рассказа по серии сюжетных картинок

Составление окончания, начала рассказа с опорой на наглядность, далее по плану *по В.К. Воробьевой, Т.Ткаченко, Филличевой, Глухову*

10. Развивать лексико-грамматические категории

Примерные задания:

Развитие умения образовывать сложные слова. Материал - словосочетания: пар ходит, сено косит, землю роет, воду проводит, вода падает, воду ворочит и картинки (с изображением парохода, сенокосилки, землеройки, водопровода, водопада, водоворота). Ребенку предлагается прослушать словосочетания и составить из них слова.

Закрепление знаний о различных частях речи. Материал - карточки со словами: сито, жаркий, холод, сумка, прыгать, превосходный, освещает, скользила, кожаный. Ребенок получает задание прочитать слова, поставить к каждому грамматический вопрос и записать их в три колонки по частям речи.

Работа по развитию умения определять грамматические категории слов в словосочетаниях и предложениях проходит с постепенным усложнением: соотнесение грамматических форм со схемой,

ГБУ НСО «ОЦДК»

грамматический разбор, составление словосочетания (предложения) по заданной схеме, придумывание словосочетания (предложения) по схеме.

Определение грамматической категории слов в словосочетании. Материал - словосочетания: теплая вода, режу ножом, холодное молоко, рублю топором - и карточки: прил. + сущ., глаг. + сущ. Ребенок слушает словосочетание, находит главное и зависимое слово, показывает соответствующую карточку.

Полезна работа с деформированным текстом -предложением

11. *Развитие мелкой моторики пальцев рук* – игры с пальчиками; массаж пальцев рук; лепка из соленого теста - лепить буквы, цифры; рисование/печатание с помощью взрослого пальчиками;

12. *Игра «Чудесный мешочек»* - на развитие мелкой моторики, внимания, повышение кинестетических ощущений, можно использовать на автоматизацию звуков

13. *Задания на формирование оптико-пространственных отношений, развитие зрительного внимания – профилактика оптической дисграфии*

Задания - найди сходство и отличия, что изменилось
вычеркивание букв из текстов газет, журналов –например-
вычеркни букву А, У, И- все оптически похожие буквы, также все оппозиционные согласные- *см.Лалаеву Р.И*

складываем буквы из палочек, лепим из сдобного теста и запекаем
придумываем –на что, кого похожа буква
буквы: Г, В, Б, Е, Р, Ю, К, С, З, Т, Н, И, П, Ъ, У, Щ, Ш, Ц, Ф, А, Л, Я, Э

сначала -печатные буквы, затем- прописные
делаем буквы из соленого теста и раскрашиваем, из наждачной бумаги

обводим по контуру

пробуем рисовать буквы в воде и воздухе

рисует буквы на стекле, песке

ГБУ НСО «ОЦДК»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья.

Образование и развитие в дошкольной образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья с уч.г.

Повторный осмотр на ПМПК перед школой.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с уч.г.

Вероятный прогноз развития благоприятный при создании в образовательной организации следующих специальных образовательных условий (рекомендации в приложении).

Руководитель ЦПМПК

Специалисты ЦПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять образование по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся *с нарушением опорно-двигательного аппарата*.

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

Сопровождение консилиумом образовательной организации (разработка графика, направленности коррекционных занятий) с отражением динамики развития не реже 1 раза в квартал.

Адаптивная физическая культура определяются особенностями двигательного развития и медицинскими рекомендациями

Занятия с учителем-дефектологом, логопедом в условиях индивидуальной комплексной программы развития и коррекции:

формировать коммуникативные навыки: привлекать ребенка к участию в театрализованных постановках (настольный кукольный театр, би-ба-бо, пальчиковый театр);

формировать на начальном этапе элементарные математические представления;

формировать пространственно-временные представления, игры, упражнения типа: «Что сначала, что потом?», «Времена года, их признаки», «Найди сходства и отличия, что изменилось?»;

формировать сенсорные эталоны (индивидуальные занятия по формированию сенсорных эталонов (цвета) игры: «Шарики», «Флажки», «Коврик для мамы» и др.(восприятие величины) через игры: «Три медведя», «Высокое-низкое»);

формировать представление об окружающем мире (сравнивать и описывать предметы и объекты окружающего мира, находить сходство и отличия);

формирование различных видов деятельности: предметно-игровой, изобразительной деятельности;

развитие социально-бытовых умений и навыков, необходимых для полноценной самостоятельной жизни; приобретение навыков самообслуживания;

для развития мелкой моторики предлагается рисование. Предлагается также использовать лепку и вырезание. При вырезании ребенок удерживает ножницы с тупыми концами в двух больших пальцах обеих рук. Рекомендуется отрывать кусочки бумаги и наклеивать их, выполняя таким образом аппликацию. Кроме того, для развития мелкой моторики можно использовать различные игры с

пальчиками, массаж пальчиков рук. Разенкова Ю.А., Одиноква Г.Ю. «Эй, ладошка!», «Лови шарик», «Переложил игрушку», «Мозаика»;

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

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

При обучении ребенка с НОДА учитывать особенности его психофизического развития:

у дошкольников с НОДА наблюдается недоразвитие зрительно-пространственного восприятия, трудности зрительной дифференциации по цвету, форме, величине;

в целом для детей с НОДА характерны более поздние сроки становления сенсорных функций; типична недостаточная обобщенность восприятия, нечеткость образов, представлений;

необходимо учитывать характер активности ребенка, наличие у него мотивации к действию, стремления к общению с окружающими, к использованию имеющихся у него двигательных и коммуникативных способностей;

у дошкольников с НОДА отмечается быстрая истощаемость, склонность к тормозным реакциям, замедленность переключения психических процессов, слабость концентрации внимания, выраженные нарушения памяти;

простейшая предметно-практическая деятельность, включающая в себя элементы самообслуживания, требует зачастую длительное, целенаправленное обучение; дошкольники неловки, невнимательны, легко отвлекаются, быстро забывают последовательность действий.

Применение мультисенсорных техник обучения: воздействие в процессе обучения на все каналы восприятия ребенка: слух, зрение, осязание.

Самостоятельности и активности ребенка в процессе обучения способствует предметно-практическая деятельность как наиболее доступный вид деятельности.

Разговаривать с ребенком спокойно, четко; обучение выполнению инструкций: на простые движения, с предметами, любимыми игрушками.

Формирование математических представлений осуществляется в повседневной жизни, когда взрослый вовлекает детей в коллективную деятельность с математическим содержанием, в специальные игры и упражнения, направленные на развитие представлений о себе (посчитай, сколько на ручке пальчиков), окружающих (посмотри, как много детей, а кошечка одна), сверстниках. Такие игры проводятся в структуре групповых и индивидуальных занятий, в сюжетно-ролевых, дидактических, театрализованных играх.

Если ребёнок затрудняется выполнить задание самостоятельно, взрослый демонстрирует соответствующее действие, а затем просит ребёнка воспроизвести его.

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт, поощрение дружелюбия к ребёнку со стороны детей и т.д.);

соблюдение норм СанПиНа 2.4.4.3048-13

соблюдение ортопедического режима: в соответствии рекомендациями врача-ортопеда, которое позволяет устранить негативные моменты, способствующие прогрессированию двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

Рекомендуемая литература:

Источник: <http://referat.niv.ru/view/referat-other/257/256309.htm>

Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. - 1967. - № 3.

Левченко И.Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М.: Академия. 2001.

Адрес в интернете: <http://ikprao.ru/almanah>
Институт коррекционной педагогики Российской Академии Образования

Епифанцева Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога

Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Мякишева Н.А. Разработка методологии индивидуальной реабилитации детей и подростков с последствиями ДЦП // Российская государственная академия физической культуры. Москва // <http://lib.sportedu.ru/press/tpfk>

ГБУ НСО «ОЦДК»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья.

Обучающийся нуждается в специальных образовательных условиях:

Образование и развитие в дошкольной образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья с уч.г

Повторный осмотр на ПМПК перед школой.

Вероятный прогноз развития благоприятный при создании в образовательной организации следующих специальных образовательных условий (рекомендации в приложении)

Руководитель ЦПМПК

Специалисты ЦПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Осуществлять образование по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями легкой степени) с учетом нарушений опорно-двигательного аппарата.

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

Сопровождение консилиумом образовательной организации (разработка графика, направленности коррекционных занятий) с отражением динамики развития не реже 1 раза в квартал.

Обязательное включение в состав консилиума специалистов: логопеда, психолога, дефектолога.

Организация специалистами консилиума психолого-педагогического консультирования родителей и педагогических работников по следующим вопросам:

особенности психофизического развития ребенка;

особенности воспитания ребенка;

Занятия с дефектологом в условиях индивидуальной комплексной программы развития и коррекции:

развитие практической ориентировки на форму, величину; умение выделять цвет как признак предмета;

формировать представление об окружающем мире (сравнивать и описывать предметы и объекты окружающего мира, находить сходство и отличия);

овладение началами математики (понятием числа, вычислениями, решением простых арифметических задач);

формирование различных видов деятельности: предметно-игровой, конструирования, изобразительной деятельности;

развитие мелкой моторики рук – игры с пальчиками, массаж пальчиков рук. Разенкова Ю.А., Одинокова Г.Ю. «Эй, ладошка!», «Лови шарик», «Переложил игрушку», «Мозаика»;

б. Адаптивная физическая культура определяется особенностями двигательного развития и медицинскими рекомендациями.

Коррекционно-развивающую работу выстраивать с опорой на выявленные ресурсные возможности ребенка:

инструкции по показу пытается выполнить;

усидчивость; принимает помощь, может переносить на аналогичное задание;

ГБУ НСО «ОЦДК»

проявление интереса к заданию при использовании яркого, красочного наглядного материала;

любит наклеивать клейкие яркие картинки;

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

Создание специальных ситуаций/условий для привлечения внимания к заданию и возможности его выполнения ребенком.

Применение мультисенсорных техник обучения: воздействие в процессе обучения на все каналы восприятия ребенка: слух, зрение, осязание.

Разговаривать с ребенком спокойно, четко; обучение выполнению инструкций: на простые движения, с предметами, любимыми игрушками;

Если ребёнок затрудняется выполнить задание самостоятельно, взрослый демонстрирует соответствующее действие, а затем просит ребёнка воспроизвести его. Если ребенок не справляется и в этом случае, то используется метод совместных действий.

Не допускать переутомления и чрезмерно бурных эмоциональных впечатлений.

Развитие социально-бытовых умений и навыков, необходимых для полноценной самостоятельной жизни; приобретение навыков самообслуживания.

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

соблюдение ортопедического режима (в соответствии рекомендациями врача-ортопеда) позволяет устранить негативные моменты, способствующие прогрессированию двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

соблюдение норм СанПиНа 2.4.4.3048-13

Литература:

Новые формы коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии Автор: Н.Д. Шматко

Адрес в интернете: <http://ikprao.ru/almanah>

Институт коррекционной педагогики Российской Академии Образования

Епифанцева Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога

С. С. Морозова Аутизм. Коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах

ГБУ НСО «ОЦДК»

Мякишева Н.А. Разработка методологии индивидуальной реабилитации детей и подростков с последствиями ДЦП // Российская государственная академия физической культуры. Москва // <http://lib.sportedu.ru/press/tpfk>

Новые формы коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии Автор: Н.Д. Шматко

Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. - 1967. - № 3.

Левченко И.Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М.: Академия. 2001.

ГБУ НСО «ОЦДК»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ №
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Адрес: _____ (ЦПМПК)

Телефон: _____ (ЦПМПК)

Дано: _____ (ФИО ребенка)

Дата рождения: _____

В том, что был(а) консультирован(а) ЦПМПК

__ числа _____ месяца 20__ г.

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлен* статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья.

Образование и развитие в дошкольной образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья с уч.г.

Повторный осмотр на ПМПК перед школой.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с уч.г.

Вероятный прогноз развития благоприятный при создании в образовательной организации следующих специальных образовательных условий (рекомендации в приложении).

Руководитель ЦПМПК

Специалисты ЦПМПК

РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ №ОТ.....
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ _____ РАЙОНА

Рекомендации:

Возможно образование и развитие **в форме семейного образования.**

Комплексная реабилитация в учреждениях социального обслуживания и здравоохранения для детей с ОВЗ (КЦСОН, лекотека, центр социальной помощи, реабилитационный центр).

Занятия со специалистами в учреждении социального обслуживания населения в условиях индивидуальной комплексной программы развития и коррекции с целью подготовки ребенка к обучению в школе,

Комплексные занятия с сурдопедагогом.

Развивать умение воспринимать на слух с помощью индивидуальных слуховых аппаратов обращенную речь.

Формирование зрительно-слуховой ориентации в пространстве (зрительное восприятие для ребенка с нарушением слуха - это главный источник представлений об окружающем мире).

Формирование сенсорных эталонов (развития практической ориентировки на форму, величину; умения выделять цвет как признак предмета; уровня развития целостного образа предмета).

Если ребёнок затрудняется выполнить задание самостоятельно, взрослый демонстрирует соответствующее действие, а затем просит ребёнка воспроизвести его. Если ребенок не справляется и в этом случае, то используется метод совместных действий.

Развитие таких способностей, как подражание, воспроизведение, умение смотреть и слушать, сравнивать, различать, сопоставлять, обобщать.

Развитие мелкой моторики рук– *игры с пальчиками, массаж пальчиков рук (Разенкова Ю.А., Одинокова Г.Ю. «Эй, ладошка!», «Лови шарик», «Переложил игрушку», «Мозаика»).*

Соблюдение ортопедического режима: в соответствии рекомендациями врача-ортопеда, которое позволяет устранить негативные моменты, способствующие прогрессированию двигательных нарушений, тем самым оказывая положительное влияние на стабилизацию двигательного статуса ребенка.

Развитию движений ребенка кроме ЛФК успешно способствует иппотерапия — коррекция двигательной системы ребенка на пони и ослах. При этом ребенок должен удерживать равновесие аналогично тому, как при сидении или лежании на большом мяче с отведением

бедер. Покачивание при ходьбе животного, а также живое тепло способствуют расслаблению мускулатуры ребенка.

Для развития двигательной активности используются различные виды музыкальной терапии — лечебная хореографическая гимнастика, логопедическая ритмика и др. Музыка способствует коррекции эмоциональной сферы детей и ритмического чувства, развитию слухомоторной координации.

Обеспечение вспомогательными средствами (слуховые аппараты, ортопедическая обувь).

Формирование опрятности.

Список литературы

Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. - 1967. - № 3.

Левченко И.Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М.: Академия. 2001.

Адрес в интернете: <http://ikprao.ru/almanah>
Институт коррекционной педагогики Российской Академии Образования

Епифанцева Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога

Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Мякишева Н.А. Разработка методологии индивидуальной реабилитации детей и подростков с последствиями ДЦП // Российская государственная академия физической культуры. Москва // <http://lib.sportedu.ru/press/tpfk>

Новые формы коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии
Автор: Н.Д. Шматко

Николаева Т.В. «Комплексное психолого-педагогическое обследование ребёнка раннего возраста с нарушенным слухом» М, Экзамен, 2006 - 111 с.

Николаева Т.В. «Педагогическое обследование ребёнка третьего года жизни с нарушенным слухом» Автореф. дис. канд. пед. наук. - М; 2001 - 22 с.

Пилюгина Э.Г, "Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста", пособие для воспитателя детского сада, М., 1983 г.

«Психология глухих детей», под ред. И.М. Соловьёва, Ж.И. Шиф, Т.В., Н.В. Яшковой, М, Советский спорт» 2006 - 500 с. (перезд.

Усова А.П., Запорожец А.В. «Педагогика и психология сенсорного развития и воспитания дошкольника» -- В кн.: Теория и практика сенсорного воспитания.

Нормативно-правовая база организации комплексной ППМС-помощи детям

Соответствующие условия реализации прав на получение образования детьми с ОВЗ, к которым относятся и дети с нарушениями ОДА, обосновываются международными документами в области образования, закреплены в:

Конституции РФ,

Федеральном законе Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 07.05.2013 №99-ФЗ, от 23.07.2013 №203-ФЗ),

Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования для обучающихся с НОДА;

Федеральных законах:

- от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации,

- от 24 июля 1998 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»,

- от 24 июля 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»,

- от 6 октября 1999 г. №184-ФЗ «Об общих принципах организации местного законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»,

- от 6 октября 2003 г. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Кроме этого, важная роль в определении необходимых в каждом конкретном случае специальных образовательных условий отводится системе психолого-медико-педагогического консультирования – деятельности системы ПМПК и консилиумов ОО (ПМПк), законодательно обеспеченной соответствующим Федеральным законодательством:

Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом Минобрнауки России от 24.03.2009 №95,

инструктивным письмом Минобрнауки РФ о деятельности образовательного учреждения (инструктивное письмо №27/901-6 от 27.03.2000).

Наиболее обобщенно требования к условиям получения образования детьми с ОВЗ отражены в ФГОС ОВЗ (Приказ МОН РФ от 19.12.14 №1598 «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ»).

При оказании помощи детям с НОДА на территории Новосибирской

ГБУ НСО «ОЦДК»

области ведомства и организации руководствуются следующими документами:

- Закон Новосибирской области от 05.07.2013 № 361-ОЗ (ред. от 24.11.2014) «О регулировании отношений в сфере образования в Новосибирской области»,

- Закон Новосибирской области от 12.03.1999 № 45-ОЗ (ред. от 28.09.2012) «О социальной защите инвалидов в Новосибирской области»

- Постановление Правительства Новосибирской области от 08.07.2013 № 296-п «О порядке воспитания и обучения детей-инвалидов на дому с использованием дистанционных технологий»,

- Постановление Правительства Новосибирской области от 17.09.2013 № 394-п «О стипендиях Правительства Новосибирской области для одаренных детей-инвалидов в сфере культуры и искусства»,

- Постановление Правительства Новосибирской области от 17.12.2012 № 571-п «О региональных нормативах финансового обеспечения образовательной деятельности государственных образовательных учреждений Новосибирской области и муниципальных образовательных учреждений на территории Новосибирской области, реализующих основные общеобразовательные программы начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования»,

- Постановление Правительства Новосибирской области от 23.12.2014 № 512-п «Об утверждении Положения о координации деятельности по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в Новосибирской области»,

- Постановление Правительства Новосибирской области от 31.12.2014 № 576-п «Об утверждении государственной программы Новосибирской области «Развитие образования, создание условий для социализации детей и учащейся молодежи в Новосибирской области на 2015 - 2020 годы».

Литература:

1. Алексеева Е.А. Психологическая диагностика и коррекция эмоционального развития детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом средствами художественной деятельности Автореф.дис.канд...психол.наук.М., 2010.

2. Бреслав, Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения [Текст] / Г. М. Бреслав. - М. : Педагогика, 1990. - 144 с.

3. Вагина М.В. Психологическая диагностика нарушений формирования самооценки у учащихся с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд...психол.наук. СПб, 2009.

4. Газалиева А.М. Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд...мед.наук. М., 2008.-

5. Гилевич И.М., Забара Е.А., Ипполитова М.В. и др.: Дети с отклонениями в развитии

6. Дедюхина Г.В., Могучая Л.Д., Яншина Т.А., Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3-5 лет, страдающих детским церебральным параличом. Учебно-практическое пособие для логопедов и медицинских работников.-М.:Гном-Пресс, 1999.

7. Дмитриева Е.Н. Особенности временной перспективы детей и подростков с детским церебральным параличом Автореф.дис.канд...психол.наук. Томск, 2006.

8. Инденбаум Е.Л. Психолого-педагогическая диагностика и консультирование в специальной психологии. Иркутск: ИГПУ, 2007.Институт коррекционной педагогики РАО

9. Ипполитова М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: пособие для родителей и воспитателей / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мاستюкова. — 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Просвещение, 1993.

10. Коновалова С.В. Диагностическое изучение особенностей психического развития детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом и его коррекция средствами деятельности конструирования Автореф.дис.канд...психол.наук. Нижний Новгород, 2006.

11. Крыжко Е.В. Личностно-ориентированная психологическая коррекция подростков с церебральным параличом Автореф.дис.канд...психол.наук. СПб, 2009.

12. Кухтина Э.И. Качество жизни детей-инвалидов с детским церебральным параличом. Автореф.дис.канд...мед.наук. Уфа, 2006.

13. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте [Текст] : учеб.пособие для студ. психол. фак. вузов / В. В. Лебединский. - М. : Академия, 2003. - 144 с.

14. Левченко И.Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: Автореферат дис. докт. псих. н. – Москва, 2001

15. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата: учебное пособие.-М.: Академия, 2001.

16. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: «Академия» 2001г.

17. Мамаева А.В. Формирование первоначальных коммуникативных умений у детей 7–9-летнего возраста с церебральным параличом в процессе логопедического воздействия.: Дис. канд. пед. наук. — Екатеринбург, 2008.

18. Мамайчук И. И.. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции: (На материале изучения детей и подростков с двигательными нарушениями): Дис. д-ра психол. наук: СПб, 2004.

19. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии СПб: Речь, 2008. - 224 с.

20. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Книга для логопеда.-М.:Просвещение, 1985.

21. Машаду И.П. Адаптивная физическая культура детей с церебральным параличом в условиях образовательного учреждения :дис. ... канд. пед. наук : СПб., 2006 169 с.

22. Осокин В.В. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата //Нарушения психического развития у детей: основы специальной психологии и педагогики /Под ред. Е.Л. Инденбаум. Уч.пос. Иркутск, 2005.-С.89-96.

23. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2008 г. - 160 с.

24. Рыженко И.В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи // Мир психологии. – 2003. – № 3. – С. 242–246.

25. Семаго Н.Я. Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы // Дефектология. - №1. - 2000.

26. Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М., «Медицина», 1976.

27. Симонова Т.Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями /Монография.– Изд-во РПГУ им. Герцена, 2008–128 с.

28. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов / И.А. Смирнова. — СПб. : Детство-пресс, 2004.

29. Спицына Н.К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом Автореферат дис. кандидат психологических наук.СПб 2008.

30. Стельмах С.А. Особенности эмоциональной сферы детей с детским церебральным параличом дошкольного и младшего школьного возраста Автореф. дис. канд. психол. наук. М. 1999

31. Твардовская А.А. Особенности мыслительной деятельности детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом Автореф. дис. канд. психол. наук.. Нижний Новгород, 2011

32. Тюрин А.В. Психологическая адаптация инвалидов с последствиями детского церебрального паралича Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 2000.

33. Шулаева М.А. Психологические условия творческого развития подростков с последствиями детского церебрального паралича.

34. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Кутепова Е.Н., Сатары В.В., Николаенко В.И.. Особенности обучения ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении Сборник.

35. Приходько О.Г., Гусейнова А.А., Дедюхина Г.В., Тюрина Н.Ш., Семаго М.М. Создание специальных условий для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательных учреждениях Сборник.

36. Левченко И.Ю. Особенности развития познавательной сферы Печатается по изданию: Основы специальной психологии // Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002, Стр. 286–302 (Раздел 3. Психическое развитие при дизонтогенезах дефицитарного типа. Глава 4. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата).

37. Приходько О.Г. Общая характеристика нарушений опорно-двигательного аппарата. Детский церебральный паралич. Печатается по изданию: Специальная дошкольная педагогика // Под ред. Е.А. Стребелевой. М., 2002. Стр. 183–204 (Глава 8. Воспитание и обучение

ГБУ НСО «ОЦДК»

детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата).

38. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психологические особенности детей с церебральным параличом. Нарушение сенсорных функций. Печатается по изданию: Детский церебральный паралич. М., СПб., 2001. Стр. 35–44 (Глава 3, раздел 3.2).