

В.С. Васильева

В.Н. Рязанова

**ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ
С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ЧЕЛЯБИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

В.С. Васильева

В.Н. Рязанова

**ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ
С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Учебное пособие

Челябинск

2016

УДК 371.9 (021)

ББК 74. 5 я 73

В 19

Васильева, В.С. Обучение и воспитание дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в условиях инклюзивного образования [Текст]: учеб. пособие / В.С. Васильева, В.Н. Рязанова. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2015. – 149 с.

В учебном пособии представлены материалы, позволяющие студентам, обучающимся в педагогическом вузе, получить представление о категории детей дошкольного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и сформировать понимание возможности инклюзивного обучения данной категории детей.

Данное учебное пособие предназначено для студентов педагогических специальностей, обучающихся по направлению «Специальное (дефектологическое) образование», для дальнейшей профессиональной деятельности в области образования лиц (детей, подростков и взрослых) с ограниченными возможностями здоровья на базе учреждений образования, социальной сферы и здравоохранения; а также всех специальностей направления подготовки «Образование и педагогика».

Рецензенты: Е.Ю. Никитина, д-р пед. наук, профессор

Л.А. Дружинина, канд. пед. наук, доцент

© В.С. Васильева, В.Н. Рязанова, 2015

© Издательство Челябинского государственного педагогического университета, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Введение | 5 |
| Специфика двигательного развития при детском церебральном параличе | 10 |
| Причины детского церебрального паралича | 14 |
| Предупреждение детского церебрального паралича | 17 |
| Ранние признаки детского церебрального паралича | 19 |
| Клинические формы детского церебрального паралича и их проявления | 21 |
| Структура двигательного дефекта при детском церебральном параличе | 27 |
| Проблемы, сопутствующие детскому церебральному параличу | 40 |
| Особенности развития познавательной сферы дошкольников с детским церебральным параличом | 42 |
| Варианты психического инфантилизма при детском церебральном параличе | 43 |
| Игровая деятельность у детей с ДЦП | 46 |
| Рекомендации по созданию модели инклюзивного образовательного пространства для дошкольников с детским церебральным параличом | 52 |
| Экспертная оценка ограничения жизнедеятельности | |
| Комплексное сопровождение дошкольников с ДЦП | |
| Основные подходы к педагогической реабилитации дошкольников с ДЦП в условиях инклюзивного образования | |
| Учет состояния двигательной сферы при проведении обучения и воспитании детей с ДЦП | |

| | |
|---|--|
| Обязательное оборудование в системе инклюзивного образования дошкольников с ДЦП | |
| Заключение | |
| Библиографический список | |

ВВЕДЕНИЕ

Инклюзия – гражданское право любого ребенка с ограниченными возможностями здоровья на образование с учетом его индивидуальных психофизических особенностей.

Успех инклюзии зависит от уровня поддержки и профессиональных действий всех участников образовательного процесса (педагогов, психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, руководителей образовательных организаций, родителей), необходимых для развития ребенка, на основе его индивидуальных особенностей и потребностей.

Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в массовую образовательную систему в дошкольном и школьном возрасте может внести большой вклад в их развитие и социализацию, включая повышение уровня двигательных, речевых и коммуникативных навыков, навыков социального и интеллектуального уровня.

Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» рассматривает инклюзивное образование как «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей».

Многочисленные источники отмечают, что инклюзивное образование (фр. *inclusif* – включающий в себя, лат. *include* – заключаю, включаю) – процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми образовательными потребностями.

Рассматривая инклюзивное образование как возможность обеспечения создания условий для обучения, которое будет более гибким для удовлетворения разнообразных потребностей в получении знаний ребенком и его социализации в общество, можно говорить о том, что если воспитание и

обучение станут более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, то от этого выиграют все дети (не только дети с особыми образовательными потребностями).

В науке выделяется восемь принципов инклюзивного образования [8]:

1. Ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
2. Каждый человек способен чувствовать и думать;
3. Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
4. Все люди нуждаются друг в друге;
5. Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
6. Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
7. Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
8. Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

С нашей точки зрения, важно также выделить основные положения, рассматриваемые в Саламанкской декларации о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (Саламанка, Испания, 7–10 июня 1994 г.). В данном документе отмечается, что:

1. Каждый ребенок имеет основное право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний;
2. Каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности;
3. Необходимо разрабатывать системы образования и выполнять образовательные программы так, чтобы принимать во внимание широкое разнообразие этих особенностей и потребностей;
4. Лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах. Обычные школы должны

создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных прежде всего на детей с целью удовлетворения этих потребностей;

5. Обычные школы с инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством: борьбы с дискриминационными воззрениями, создания благоприятной атмосферы в общинах, построения инклюзивного общества и обеспечения образования для всех; более того, они обеспечивают реальное образование для большинства детей и повышают эффективность и, в конечном счете, рентабельность системы образования.

Ведущие места в структуре первичной детской инвалидности занимают врожденные аномалии развития, болезни нервной системы и психические расстройства. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич, распространенность которого составляет 2–2,5 случая на 1 000 детей.

По данным Министерства здравоохранения РФ, на сегодняшний день наблюдается отчетливая тенденция к увеличению числа детей, у которых диагностируется различные по степени выраженности формы детского церебрального паралича.

Термин «детский церебральный паралич» – это комплексное понятие, объединяющее ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением различных отделов мозга [3]. По данным ведущих исследователей [1, 3, 4, 5, 7], детский церебральный паралич (ДЦП) развивается в результате поражения головного и спинного мозга от разных причин на ранних этапах внутриутробного развития плода, в родах и в первые месяцы жизни ребенка. Основным клиническим симптомом ДЦП является расстройство двигательной функции, при этом в большинстве случаев диагностируются различные по степени выраженности нарушения речи, зрения, слуха, поведения, различные варианты нарушения психического развития.

С 1853 года, когда впервые В. Миттелем было представлено клиническое описание детского церебрального паралича, данная категория детей находится в сфере пристального внимания и изучения медиков,

дефектологов, логопедов, психологов [3]. В большинстве стран мира, в том числе и в России, создана система специальных медицинских, образовательных, социальных и реабилитационных учреждений и центров для лечения, воспитания, обучения и социализации данной категории детей.

Детский церебральный паралич – это настолько разнообразная патология, что она порождает полярные мнения и состояния о возможностях развития детей с этим заболеванием и трудности в организации специальной помощи им.

Когда люди видят ребенка с легкой степенью заболевания, у них создается впечатление, что он не нуждается ни в каком особенном воспитании и обучении. Но когда люди видят ребенка с тяжелой степенью той же патологии, у них возникают мысли о том, что учить таких детей бесполезно. И только специалисты знают, какое большое значение в судьбе этих детей имеет своевременное оказание специальной медико-психолого-педагогической помощи.

Парадокс заключается в том, что категория детей с детским церебральным параличом в наибольшей степени нуждается не только в специальном лечении и специальном образовании, но может рассматриваться как категория детей, для которой могут быть созданы специальные условия обучения, воспитания и развития в условиях инклюзивного образования. Многие авторы в своих исследованиях отмечают, что педагогическая абилитация таких детей играет большую роль не только в улучшении их психофизического состояния, но и жизнедеятельности в целом [5, 11, 12].

Трудности в разработке вопросов обеспечения разнообразных форм обучения и воспитания данной категории детей в условиях инклюзивного образования и особенностей организации работы с ними связаны с достаточно небольшим количеством специальной литературы и учебных пособий, к которым могли бы обратиться специалисты, педагоги, родители.

Данное учебное пособие разработано с целью расширения знаний студентов в вопросах работы с детьми с ДЦП.

Представленные в учебном пособии материалы позволяют рассмотреть основные вопросы психофизического развития данной категории детей, возможности социализации и инклюзии, а также возможности создания модели инклюзивного образования дошкольников с детским церебральным параличом.

СПЕЦИФИКА ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям.

В центре внимания специалистов, изучающих и разрабатывающих основные подходы к созданию условий для инклюзивного образования – дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

По *степени тяжести нарушений* двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков дети делятся на три группы:

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

- с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.);
- с врожденным или приобретённым недоразвитием или деформацией опорно-двигательного аппарата [3].

Как уже отмечалось выше, детский церебральный паралич (ДЦП) – это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц.

При ДЦП резко нарушено взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, между звеньями самой двигательной системы, между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. ДЦП характеризуется нарушением высших корковых функций, признаками поражения пирамидных путей и подкорковых (базальных) ядер.

С целью понимания особенностей создания условий для инклюзивного обучения детей с детским церебральным параличом, с нашей точки зрения, важно рассмотреть специфику двигательного развития данной категории детей.

Выделяется своеобразная специфика двигательного развития ребенка с ДЦП:

1. Наличие примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности

Важно отметить, что у ребенка с ДЦП нарушены последовательность и темп созревания двигательных функций. Рассматривая специфику двигательного развития ребенка с ДЦП важно отметить прежде всего наличие примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, которые не характерны для данного возраста нормально развивающегося ребенка.

Эти рефлексы не резко проявляются при нормальном развитии в первые месяцы жизни. В норме к 3 мес. жизни они практически уже не проявляются.

Например, хватательный рефлекс вызывается прикосновением к ладони, что приводит к реакции схватывания. Рефлекс отталкивания (ползания) вызывается прикосновением к подошвам ног, что влечет реакцию отталкивания. Движения, свойственные этим рефлексам, в дальнейшем угасают. В том случае, если эти рефлексy сохраняются, это существенно тормозит формирование произвольной моторики. Проявление этих и подобных этим рефлексов во втором полугодии первого года жизни является симптомом риска поражения двигательных зон коры головного мозга.

2. Задержка формирования основных моторных функций

У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексy не угасают. На первом году жизни у данной категории детей действие патологических рефлексов обычно усиливается и в последующие годы остается стойким, что затрудняет и задерживает формирование произвольных двигательных актов.

Для детей с ДЦП характерно сильное отставание в развитии двигательных функций. Например, здоровый ребенок к 3 мес. уже уверенно держит голову в вертикальном положении. Дети с ДЦП овладевают этой функцией много позже – в среднем к 3–5 годам. Существенно задерживается становление таких двигательных актов, как повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину.

Поза сидения в норме формируется к 7–9 мес. У детей с ДЦП такое положение тела может быть освоенным примерно к 2–3 годам, а в некоторых случаях и намного позже.

Ползание, как достаточно сложный моторный акт, требующий координации движений рук и ног, формируется у детей с ДЦП также со значительным опозданием.

Прямостояние у здоровых детей развивается к 9–10 месяцам. Многие из детей с ДЦП овладевают вертикальным статическим положением лишь в дошкольном возрасте. С особым трудом эта функция формируется у детей с атонически-астатической формой ДЦП.

Ходьба – это не только новый этап в моторном развитии, но и расширение познавательных горизонтов. В норме ходьба как двигательный акт начинает формироваться с 1 года. Лишь половина детей с ДЦП овладевает ходьбой к 4 годам. Выделяется достаточно большая группа детей, которые овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают совсем.

Еще более отсроченным во времени от возрастных нормативов оказывается формирование сложных моторных актов, тонких и дифференцированных движений, которые необходимы для самообслуживания, осуществления предметно-игровой, изобразительной, учебной и трудовой деятельности. В данном случае можно говорить об индивидуальных особенностях формирования сложных моторных актов с учетом степени тяжести нарушений двигательных функций [3].

Важно отметить, что детский церебральный паралич является непрогрессирующим неврологическим заболеванием. Своевременное включение ребенка в коррекционно-реабилитационную работу, создание условий для его адекватного обучения и воспитания является важным стимулирующим фактором коррекции и компенсации имеющихся у него сложностей овладения двигательными актами. Многочисленные исследования подтверждают точку зрения о том, что несоответствие между двигательными возможностями ребенка и все возрастающими требованиями, предъявляемыми к растущему организму, часто приводят к ошибочному мнению об ухудшении его состояния.

ПРИЧИНЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять: пренатальные, перинатальные и постанатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношение к происхождению ДЦП. Чаще всего встречается комбинация разнообразных факторов, действующих на разных этапах развития.

Пренатальный период

- Состояние здоровья матери;
- Инфицированность матери на ранних сроках беременности (краснуха или опоясывающий лишай);
- Отсутствие надлежащего контроля за количеством сахара в крови и кровяным давлением матери в течение беременности;
- Отклонения в ходе беременности;
- Факторы, надлежащие развитие плода.

Перинатальный период

- Трудные роды, повлекшие деформацию головы ребенка;
- Асфиксия в родах;
- Родовая травма.

Постанатальный период

- Травмы: черепа и костей, субдуральные гематомы и т.д.;
- Мозговые инфекции (например, менингит, энцефалит, абсцесс мозга);
- Интоксикации: лекарственными веществами, антибиотиками (стрептомицин), свинцом, мышьяком и др.;
- Кислородная недостаточность: при удушении, утоплении и др.;
- При новообразованиях и других приобретенных отклонениях в мозге: опухоли мозга, кисты, гидроцефалия и т.д.
- Желтуха новорожденного;

- Несчастные случаи, повлекшие повреждения головы.

Во многих случаях причина заболевания ДЦП остается невыясненной.

У специалистов и родителей часто возникает ряд важных вопросов, которые раскрывают специфику факторов, лежащих в основе данной патологии и возможные перспективы работы с данной категорией детей.

Есть ли возможность предупредить заболевание? Полностью предупредить данное заболевание не представляется возможным. Возможно только сократить число детей, имеющих предрасположенность к заболеванию, путем регулярных обследований матери на протяжении всей беременности.

Инфекционное ли это заболевание? Это не инфекционное заболевание. Заразиться церебральным параличом от больного ребенка невозможно.

Может ли случиться то же самое со следующим ребенком? В крайне редких случаях заболевание поражает двоих детей в одной и той же семье.

Помогает ли оперативное вмешательство? Оперативным путем ДЦП не лечится. Иногда его применяют для нормализации стягивания укороченных мышц либо при слабом растяжении спастических мышц для предупреждения развития контрактуры. Однако это может повлечь и ухудшение в движении. Вопрос об операции может стоять лишь в отношении детей, которые уже ходят. Лучший способ оказать помощь детям – предупредить развитие контрактуры путем возможно более активного движения и упражнений на растягивание плохо развитых мышц.

Сможет ли ребенок ходить? Каждая мать и каждый отец беспокоятся об этом, но ответ может быть дан, только когда их ребенок станет постарше. Многие дети с ДЦП начинают ходить не раньше 7 лет (иногда позднее). Дети с менее серьезными случаями заболевания начинают ходить раньше. Чувство равновесия должно развиваться до того, как ребенок будет в состоянии ходить. Дети, которые с трудом стоят на негнущихся

пальцах ног, когда их поддерживают, ходить не готовы. Их резкие шажки, вызванные движениями тела ребенка, называют рефлекторным шагом, который должен исчезнуть прежде, чем могут развиваться навыки правильной ходьбы.

Не все дети смогут научиться ходить! Важно сосредоточить внимание на других аспектах развития. Обучение навыкам приема пищи, умывания, одевания, умению играть и общаться позволит им быть вместе со всей семьей, своими сверстниками.

Это одни из важных положений, которые необходимо учитывать при разработке модели инклюзивного образования дошкольников с ДЦП.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Вероятность заболевания ребенка снижается, если соблюдены следующие меры предосторожности:

До и во время беременности

- Прививки против краснухи – до беременности.
- Предупреждение беременности до исполнения женщине 18 лет, когда ее здоровье достаточно окрепнет для вынашивания ребенка.
- Регулярные обследования в женской консультации. Любые возможные осложнения при родах могут быть выявлены заблаговременно.
- Регулярные измерения кровяного давления и, в случае его повышения, принятие соответствующих мер.
- Обеспечение полноценного питания женщины. Это уменьшит риск преждевременных родов, нередко являющихся причиной ДЦП.
- Избегание приема излишних медикаментов.
- Обеспечение роженице максимально благоприятных условий и квалифицированной акушерской помощи при родах.

Уход за новорожденным

- Крайне важно грудное вскармливание. Материнское молоко делает ребенка устойчивее к инфекционным заболеваниям.
- Желательно регулярное посещение детской поликлиники с тем, чтобы питание, рост и общее развитие ребенка находились под постоянным контролем. Любая задержка в развитии должна обратить на себя внимание и, по возможности, быть устранена.
- Своевременные прививки против дифтерии, кори, коклюша, столбняка, полиомиелита и туберкулеза.

Уход за больным ребенком

- Важно уметь распознавать ранние признаки менингита. Среди них:

лихорадка, высокая температура, негнувшаяся шея, выпячивание родничка, сонливость. Ребенка может рвать, могут возникнуть обмороки. Как можно скорее важно показать ребенка врачу для назначения лечения.

- Родители должны знать, как вести себя при возникновении у ребенка высокой температуры.
- Родители должны уметь восстанавливать водный баланс организма ребенка в случае его обезвоживания при поносе. Необходимо обратиться к врачу, если понос не прекращается в течение двух суток.

Реализация модели инклюзивного образования на уровне дошкольного звена, которое наиболее перспективно и менее противоречиво, так как ориентировано на цели развития ребёнка, связана с наличием в стране налаженной системы ранней комплексной помощи. Модель инклюзии данной категории детей может быть реализована в полном объеме в случае учета особенностей психофизического развития детей с детским церебральным параличом.

РАННИЕ ПРИЗНАКИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ранние признаки ДЦП в виде напряжения или безволия мышц могут быть замечены вскоре после рождения ребенка. До момента обнаружения важных симптомов может пройти несколько месяцев. Родителям необходимо своевременно обратиться к врачу, чтобы исключить либо подтвердить заболевание ДЦП. Если приведенные ниже симптомы проявляются у детей большую часть времени, они должны внушать тревогу (однако, вся совокупность этих симптомов не будет характерной для каждого ребенка). На что должны обратить внимание родители:

Внезапное одеревенение мышц. В некоторых положениях, например, когда ребенок лежит на спине, становится трудно его согнуть, чтобы одеть или взять на руки.

Безволие мышц. Головка ребенка висит безвольно, и он не в состоянии ее поднять. Когда родители держат его на руках, и руки, и ноги его безвольно свисают. Двигается ребенок слишком мало (рис. 1).

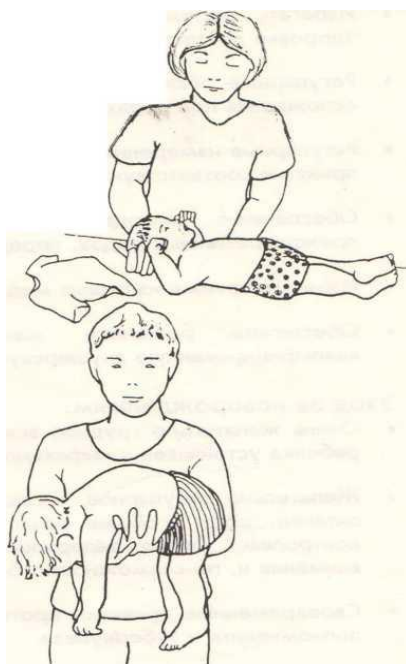


Рис. 1.

Замедленное развитие. Умение держать головку, сидеть и пользоваться своими руками приходит позднее обычного. Ребенок может действовать какой-то одной частью тела чаще, чем другими, например, охотнее использовать одну руку, нежели учиться работать обеими (рис. 2).

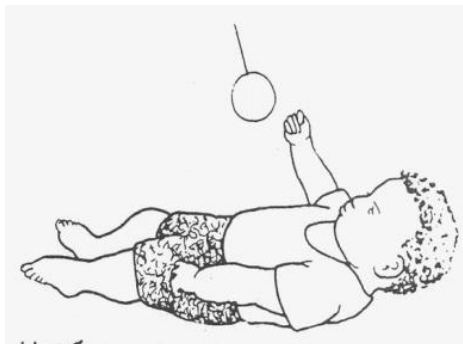


Рис.2.

Трудности во время питания. Ребенок плохо сосет и глотает. Он выталкивает молоко и другую пищу изо рта языком. Ему трудно закрыть рот.

Необычное поведение. Ребенок может быть плаксивым, раздражительным, плохо спать. Или, наоборот, чересчур спокойным и спать слишком много. К трем месяцам жизни он может еще не уметь улыбаться.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ

В зависимости от повреждения определенных систем мозга возникают различные двигательные расстройства. В связи с этим выделяют пять форм ДЦП.

Двойная гемиплегия. Проявляется в отсутствии защитного рефлекса в период новорожденности. Преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов (лабиринтный, шейный, рефлекс с головы на туловище, с таза на туловище). В положении на животе или на спине ребенок имеет резко выраженные сгибательную и разгибательную позы, все сухожильные рефлексы очень высокие, произвольная моторика не развита. Часто отмечаются судороги. Прогноз двигательного развития неблагоприятный. Стояние и ходьба невозможны. Часто дети необучаемы. Тяжелые двигательные нарушения рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и даже простую трудовую деятельность. Данный диагноз указывает на полную или почти полную инвалидность ребенка и, поставленный ребенку старше 3 лет, нередко является основанием для направления его в учреждения системы Министерства социальных отношений (рис. 3).

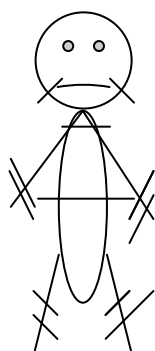


Рис. 3.

Спастическая диплегия. Повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях с ограничением силы и объема движений в сочетании с сохраняющимися тоническими рефлексамии. Наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает спорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, передвижение становится невозможным. Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах, это связано со временем и силой воздействия вредных факторов. Тонические рефлексии исчезают у детей к 2–3 годам, иногда позже. Установочные рефлексии развиваются поздно, после 1,5–2 лет. Лишь 20–25 % детей ходят самостоятельно, остальные способны передвигаться, используя костыли или канадские палочки, на коляске. Ребенок может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Социальная адаптация может достигать уровня здоровых детей (рис. 4).

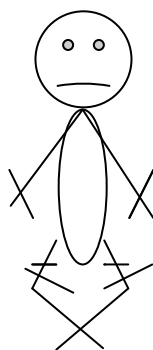


Рис. 4

Гемипаретическая форма (спастическая гемиплегия). Поражение преимущественно одного полушария, его корковых отделов и ближайших подкорковых ядер. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также специфические корковые нарушения, выраженные в той или иной степени: дислексия, дисграфия, дискалькулия. Нарушение височных отделов левого полушария может сопровождаться патологией слуха, обычно в форме нарушения фонематического слуха. При поражении правого полушария нарушения

психики могут сопровождаться патологией эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, злобности, инертности. Дети овладевают возрастными двигательными навыками позже, чем здоровые. При формировании функции хватания ребенок не может больной рукой схватить игрушку, соединить кисти перед грудью, поднести пораженную руку ко рту. Дети начинают ходить с опозданием на 1–2 года. Начиная ходить, ребенок обычно подает матери здоровую руку. Этим усиливается тенденция выносить здоровую сторону вперед, а паретичную оставлять несколько сзади «ходьба сенокосца», формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. У детей отмечается замедление роста костей, а отсюда - укорочение паретичных конечностей. Атрофированные конечности отстают в развитии, рука обычно в большей степени, чем нога (рис. 5).



Рис. 5.

Гиперкинетическая форма. Связана с поражением подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений–гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4–6 мес. в мышцах языка, и только к 10–18 мес. появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2–3 годам жизни. В период новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, позже постепенно гипотония сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают произвольно, усиливаются

при движении и волнении, а также при утомлении и попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Произвольная моторика развивается с трудом. Дети длительное время не могут научиться сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2–4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно осваивают стояние и ходьбу. Самостоятельное передвижение в 4–7 лет, иногда в 9–12 лет. Походка обычно не плавная, толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения маловыразительные, размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма. Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Дети обучаются самостоятельно ходить, однако произвольная двигательная активность и тонкая моторика сильно нарушены. Вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации (рис. 6).

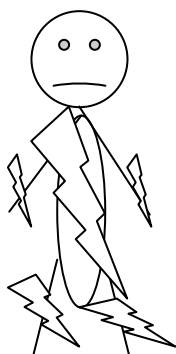


Рис. 6

Атонически-астатическая форма. Имеет место поражение мозжечка и лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений). Характеризуется главным

образом снижением мышечного тонуса. На 1-м году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (затруднены или практически не развиваются контроль головы, функции сидения, стояния и ходьбы). Функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Сидение формируется к 1–2 годам, стояние и ходьба - к 6–8 годам или позже. Длительное время эти функции остаются несовершенными. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, тело совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и выполнение трудовых и учебных операций (письмо, рисование) (рис. 7).

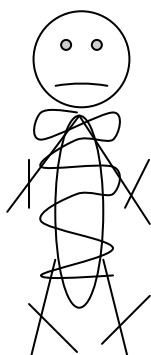


Рис. 7

Мозжечковая форма. При данной форме нарушается координация движений и равновесие. Выявляется достаточно поздно. В первые годы возможна только общая гипотония мышц, внешне ребенок похож на вялого ребенка. В раннем возрасте характерна поза «лягушки», ребенок не сопротивляется пассивным сгибаниям и разгибаниям. Произвольная двигательная активность снижена. В положении вертикального подвешивания ноги разогнуты, и ребенок не опирается на стопы. Тремор рук и головы. Ходить начинают в 2–3 года, походка неустойчива,

дискоординирована, ходит и стоит на широко расставленных ногах. В интеллектуальном плане часто задержка психического развития. В целом прогноз двигательного, физического, социального развития и трудоустройства благоприятный (рис. 8).

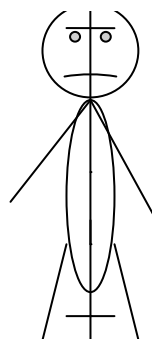


Рис. 8

У большинства детей отмечается смешанный характер заболевания, сочетание различных двигательных расстройств. Сочетание проявлений разных форм заболевания ведет к двигательным нарушениям, носящим осложненный характер.

СТРУКТУРА ДВИГАТЕЛЬНОГО ДЕФЕКТА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Для определения структуры и содержания инклюзивного образования дошкольников с ДЦП важно иметь представление о структуре двигательного дефекта при детском церебральном параличе.

Все формы ДЦП отличаются друг от друга качественным своеобразием и специфичным сочетанием двигательных патологических компонентов. Вместе с тем можно выделить общие для всех форм ДЦП нарушения, которые и составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП.

1. Наличие параличей и парезов

Центральный паралич – полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и пирамидных путей головного мозга. Паралич проявляется при всех формах ДЦП.

Парез – слабая форма паралича, которая выражается в ограничении возможности совершать произвольные движения (страдают наиболее тонкие и дифференцированные движения, например, изолированные движения пальцев рук). Парез проявляется при всех формах ДЦП.

Центральные параличи и парезы обусловлены поражением двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное (паралич) или частичное (парез) отсутствие тех или иных движений. Например, ребенок не может или затрудняется поднять руки вверх, развести их в стороны, вытянуть вперед, согнуть или разогнуть ногу и др. Все это служит препятствием для своевременного и полноценного развития важнейших моторных функций, затрудняет формирование навыков самообслуживания, предметной, игровой, учебной и других видов

деятельности. ДЦП – это не неспособность двигаться вообще, а неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения.

Выделяют четыре вида церебрального паралича в зависимости от локализации нарушения:

1. *Тетраплегия* – общее поражение всех четырех конечностей;
2. *Диплегия* (параплегия) – поражение либо верхних, либо нижних конечностей;
3. *Гемиплегия* – поражение либо правой, либо левой половины тела;
4. *Моноплегия* – редко встречающееся поражение одной конечности.

2. Нарушение мышечного тонуса

Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регуляция мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

Спастичность – это повышение мышечного тонуса (наибольшее повышение тонуса наблюдается в мышцах сгибательных конечностей, в приводящих мышцах бедер и подошвенных сгибателях стоп) при поражении пирамидной системы. Нарушение мышечного тонуса проявляется при *спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП*.

Ригидность – напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия (тяжелое поражение экстрапирамидной системы). Агонист – мышца, за счёт сокращения которой производится движение определённой части тела. В то время как мышца-агонист сокращается, противодействующая ей мышца-антагонист расслабляется. Ригидность проявляется при *двойной гемиплегии*.

Гипотония – низкий мышечный тонус (мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые), связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора. Проявляется при *атонически-астатической и гиперкинетической формах на первом году жизни ребенка*.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Проявляется при *гиперкинетической форме*

При осложненных формах ДЦП отмечается сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

3. Повышение сухожильных и периостальных (надкостничных) рефлексов (гиперрефлексия)

Гиперрефлексия является признаком поражения пирамидных путей. Крайняя степень повышения сухожильных рефлексов проявляется клонусом – ритмичными, долго не прекращающимися сокращениями какой-либо мышцы, возникающими вслед за резким ее растяжением. Наиболее постоянны при поражении пирамидной системы клонусы стопы и коленной чашечки. Могут проявляться при всех формах ДЦП.

4. Синкинезии

Синкинезии – это произвольные содружественные движения, сопровождающиеся выполнением активных произвольных движений (имитационные, координационные, оральные). Различают *физиологические и патологические синкинезии*.

К *физиологической синкинезии* относят, например, движения рук при ходьбе. Патологические синкинезии возникают при поражении пирамидной системы.

Примером патологически синкинезии может быть произвольное поднимание парализованной ноги при попытке вставания с постели без помощи рук; появление в парализованной конечности движений, повторяющих движения здоровой конечности; производя какие-либо действия рукой, ребенок произвольно сопровождает их движениями языка и губ.

У детей с ДЦП наиболее часто наблюдаются глобальные патологические синкинезии, когда выполнение любого произвольного движения сопровождается произвольными движениями в других частях тела (в первую очередь вовлекаются наиболее пораженные конечности).

Например, ребенку предлагается выполнить какое-нибудь движение здоровыми конечностями: сжимая руку в кулак, поднять ее вверх, взять игрушку, поймать мяч и др. В ответ наблюдается ряд произвольных движений на парализованной стороне (пораженная рука сгибается в локте, приводится к туловищу, происходит пронация предплечья, сгибание кисти приведение ноги).

Наличие патологических синкинезии усложняет и затрудняет формирование произвольных движений и освоение различных видов деятельности. Синкинезии проявляются при всех формах ДЦП.

5. Недостаточное развитие цепных выпрямительных рефлексов

При недоразвитии цепных выпрямительных рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. Ему трудно овладевать навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями. Недоразвитие цепных выпрямительных рефлексов проявляется при всех формах ДЦП.

6. Несформированность реакций равновесия и координации движений

Равновесие тела – это состояние устойчивого положения тела в пространстве. Поддержание равновесия тела осуществляется сложной системой периферических и центральных механизмов.

Существует статическое равновесие тела (при стоянии) и динамическое равновесие (при движении). Динамическое равновесие осуществляется за счет рефлекторного сокращения мышц поддержания позы и тесно связано с координацией движений.

При ДЦП нарушено формирование реакции равновесия и координация движений из-за задержки созревания или поражения соответствующих мозговых систем, а также по причине тяжелых двигательных нарушений, ограничивающих накопление моторного опыта и искажающих выполнение движений. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП.

7. Нарушение ощущения движений (кинестезии)

Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью рецепторов, находящихся в мышцах, связках и сухожилиях (проприоцептивная чувствительность). Именно эти рецепторы передают в ЦНС информацию о положении тела в пространстве, о совершаемых движениях.

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, что ведет к затруднениям в определении положения собственного тела в пространстве, к трудностям в сохранении равновесия и удержании позы, к нарушениям координации движений и пр. У многих детей искажено восприятие направления движения. Например, движение руки вперед по прямой ощущается ими как движение в сторону. Такое искаженное представление о собственных движениях приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности, навыков самообслуживания, речи (затруднения в ощущении артикуляционных движений).

8. Насильственные движения

Гиперкинезы – произвольные насильственные движения, обусловлены переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных двигательных актов (могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей). Гиперкинезы, в зависимости от вида, могут проявляться при всех формах ДЦП.

Хореатоз – произвольные быстрые, размахивающие, неритмичные движения, возникающие в разных частях тела. Характерны для гиперкинетической формы ДЦП.

Атетоз – медленные, вычурные, червеобразные движения в мышцах (с переразгибанием пальцев). Характерны для гиперкинетической формы ДЦП.

Хореатитоз – сочетание атетоидных движений с хореоформными. Характерны для гиперкинетической формы ДЦП.

Двойной атетоз – выраженный атетоидный гиперкинез мышц лица и конечностей с двух сторон. Характерен для гиперкинетической формы ДЦП.

Тремор – дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка).

Насильственные движения существенно затрудняют осуществление произвольных двигательных актов. Они препятствуют своевременному формированию предметной, игровой, учебной и других видов деятельности, негативно сказываются на речи и письме.

Характерны для атонически-астатической формы ДЦП и для других форм, осложненных атактическим синдромом.

9. Защитные рефлексы

К симптомам поражения пирамидной системы относятся защитные рефлексы, проявляющиеся при центральном параличе защитные рефлексы — это произвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.

10. Патологические рефлексы (сгибательные и разгибательные)

Патологическими называются рефлексы, которые у взрослого здорового человека не вызываются, а проявляются лишь при поражениях нервной системы, связанных со снижением тормозного влияния головного мозга (патологические рефлексы появляются при поражении пирамидной системы).

Патологические рефлексы разделяют на сгибательные и разгибательные (для конечностей). Эти патологические рефлексы составляют синдром центрального (спастического) паралича, развивающегося при поражении пирамидной системы. У детей до года эти рефлексы не являются признаками патологии.

11. Позотонические рефлексы

Позотонические рефлексы относятся к врожденным безусловно рефлекторным двигательным автоматизмам. При нормальном развитии к 3

мес. жизни эти рефлексы уже угасают и не проявляются, что создает оптимальные условия для развития произвольных движений. Сохранение позотонических рефлексов является симптомом поражения ЦНС, симптомом ДЦП. Данные рефлексы могут быть отнесены к патологическим, так как у взрослых здоровых людей они не вызываются. У детей с церебральным параличом эти рефлексы сохраняются на протяжении дошкольного возраста, и в последующие годы их влияние остается стойким. Высшие интегративные двигательные центры не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга, осуществляющие примитивные двигательные рефлекторные реакции, к которым относят позотонические рефлексы. С другой стороны, активное функционирование нижележащих мозговых структур задерживает созревание высших интегративных центров коры, регулирующих произвольную моторику, речь, высшие корковые функции.

К позотоническим рефлексам относят: лабиринтный тонический рефлекс; асимметричный тонический шейный рефлекс; симметричный тонический шейный рефлекс.

Лабиринтный тонический рефлекс проявляется при изменении положения головы. Повышение тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда ребенок лежит на животе.

В положении на спине нарастает тонус мышц-разгибателей. Голова запрокинута назад, ноги и руки напряжены и разогнуты. Кисти рук сжаты в кулаки. Тонус в положении на спине может быть выражен в разной степени, вплоть до резкого разгибания. Тогда поза напоминает столбнячную, тело выгнуто в виде дуги и ребенок касается опоры лишь затылком и пятками. Он не может поднять голову, вытянуть вперед руки и взять предмет, поднести руки к лицу и т.д. Такая поза препятствует развитию моторных навыков, навыков самообслуживания, различных видов деятельности.

Лабиринтный тонический рефлекс оказывает негативное воздействие на развитие произвольной моторики, задерживает формирование основных двигательных функций.

Асимметричный тонический шейный рефлекс проявляется в изменении положения конечностей при повороте головы в сторону: в той стороне тела, куда повернуто лицо ребенка, повышается мышечный тонус в разгибателях руки и ноги, в противоположной стороне тела – в сгибателях руки и ноги. Таким образом, поворот головы в сторону вызывает изменение в положении конечностей и ребенок принимает позу «фехтовальщика». Особенно пагубно рефлекс сказывается на зрительно-моторной координации, зрительном восприятии и предметной деятельности. При повороте головы в сторону предмета рука на стороне поворота непроизвольно разгибается и ребенок не может взять этот предмет. Если все же ребенок с усилием сгибает руку, то голова автоматически отворачивается в другую сторону и рассмотреть предмет уже не представляется возможным. Данный рефлекс влияет отрицательно как на элементарный процесс создания целостного образа, так и на овладение учебными и трудовыми умениями и навыками.

Симметричный тонический шейный рефлекс – влияние движений головы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конечностей (ребенок не может попеременно сгибать и разгибать ноги, не может изолировать движения головой, не вызывая патологическое синергическое движение в конечностях). Проявляется в усилении разгибательного тонуса в руках и сгибательного в ногах. При поднятии головы, а также при наклоне головы вперед усиливается тонус мышц сгибателей рук и разгибателей ног. Этот рефлекс формирует патологическую схему ходьбы, нарушает согласованную работу рук и ног при ходьбе.

Часто может проявляться сочетание различных позотонических рефлексов у одного и того же ребенка. Так или иначе, позотонические рефлекссы являются по своей природе и влиянию на моторное и психическое развитие ребенка с ДЦП патологическими.

Патологические тонические рефлекссы могут проявляться при всех формах ДЦП.

12. Нарушение равновесия и координации движений

Атаксия – несформированность реакций равновесия и координации. Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. Характерны для атонически-астилической формы ДЦП.

13. *Нарушение ощущений движения*

Нарушение проприоцептивной регуляции движений проявляется в резком затруднении выработки условно рефлекторных связей – ослабление чувства позы, искаженное восприятие направлений движений. Характерно для всех форм ДЦП.

Таким образом, ДЦП – это не просто отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций, а заболевание, характеризующееся своеобразно нарушенным ходом моторного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику психического развития ребенка, приводя к своеобразной аномалии развития в целом.

В процессе формирования модели инклюзивного образования детей с детским церебральным параличом важно учитывать структуру двигательной патологии каждого ребенка, с целью создания адекватной коррекционно-реабилитационной предметно-развивающей среды.

ПРОБЛЕМЫ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ДЕТСКОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛИЧУ

Характерной особенностью детского церебрального паралича является возможность проявления разнообразных по степени выраженности и проявлениям нарушений психофизического и сенсорного развития.

1. *Нарушения зрения.* Наиболее распространенной проблемой у дошкольников с детским церебральным параличом является косоглазие. В более старшем возрасте данное нарушение проходит. Дети старше 6 месяцев с косоглазием должны наблюдаться у окулиста. Если своевременно ребенку не оказать медицинскую помощь, у него в дальнейшем может остаться «рабочим» только один глаз. Одним детям может помочь операция. Другим поможет ношение выписанных окулистом очков.

2. *Нарушения слуха.* У некоторых детей, особенно с атетоидным синдромом, может диагностироваться снижение слуха. Научить такого ребенка говорить может быть сложно. Если у родителей есть предположение, что у их ребенка возможны проблемы со слухом, важно проконсультироваться с врачом. Некоторым детям может помочь слуховой аппарат.

3. *Трудности приема пищи.* Умение принимать пищу и говорить зависит от способности ребенка управлять мышцами языка, губ и горла. Если он управляет этими мышцами с трудом, могут возникнуть сложности обучения ребенка навыкам жевания и глотания. Может произойти задержка в развитии речи. Помогая ребенку правильно есть, родители тем самым осуществляют его подготовку к развитию речи. Важно убедиться, что еды ему достаточно. Важно кормить ребенка также и твердой пищей, с тем чтобы он учился жевать.

4. *Нарушения речи.* При наличии благоприятной обстановки и одобрения со стороны обучающихся большинство детей, больных ДЦП, начинают говорить, хотя слова звучат иногда не слишком отчетливо для

правильного понимания окружающими. В этих случаях у ребенка возникает необходимость выразить себя иным способом, например, показывая пальцем.

5. *Замедление роста.*

Маленькие дети, которым трудно принимать пищу, могут набирать вес медленно. Старшие дети могут быть более худыми, чем это обычно бывает в их возрасте, поскольку двигаются они мало и их мускулатура не развита. У детей с гемиплегией пораженные рука и нога обычно суше и короче здоровых конечностей.

6. *Замедленное развитие.* Часто считается, что дети, которые не в состоянии отчетливо говорить и должным образом управлять своим лицом, имеют замедленное умственное развитие. Это не всегда так. Около половины детей, больных ДЦП, испытывают трудности в обучении. Остальные, в особенности те, у которых атетонидный синдром, имеют средний или хороший интеллектуальный уровень развития.

7. *Особенности личности и поведения.* Церебральный паралич может влиять на развитие личности ребенка. Поскольку ребенок сталкивается с трудностями в движении и общении, он может быстро вспылить, разгневаться во время какого-то занятия, либо вообще бросить его и больше к нему не возвращаться.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

При ДЦП имеет место сложная структура дефекта. В исследованиях отечественных и зарубежных специалистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций у детей с детским церебральным параличом.

Для детей с ДЦП характерен особый вид психического дизонтогенеза: дефицитарное развитие. Данный вид своеобразия психического развития возникает при тяжелых нарушениях отдельных анализаторных систем, в том числе и при нарушениях в функционировании двигательного анализатора при ДЦП. Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных наиболее тесно, а также к замедлению темпа развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. 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. Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. При этом решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

При данном варианте психического дизонтогенеза чаще всего появляется психический инфантилизм, для которого характерна незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и сохранением детских качеств личности. У детей с детским церебральным параличом психический инфантилизм проявляется в сохранении черт поведения, присущих более младшему возрасту. Но в раннем возрасте признаки эмоционально-волевой незрелости и снижение уровня поведенческих мотиваций выявляются с трудом. Достаточно типичными для детей этого возраста являются преобладание игровых интересов над учебными, непонимание и неприятие школьной ситуации и

связанных с ней дисциплинарных требований, что приводит к социальной и школьной дезадаптации.

Варианты психического инфантилизма при детском церебральном параличе

Невропатический вариант. Сочетание несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах; такие дети привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе; для них характерны застенчивость, трусливость, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Часто проявляются ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах. Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазий, у них развивается чувство одиночества.

«*Аффект неадекватности*» проявляется в виде реакции протеста; а также приходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний (переживания обиды, ущемленного самолюбия и т.д.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность.

Реакции пассивного протеста проявляются в виде отказа от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм); возможны уходы из дома или из школы; нарушения отдельных соматовегетативных функций: рвота, энурез (недержание мочи), энкопрез (недержание кала). Может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

Реакции отказа проявляются в пассивности ребенка, в отказе от его обычных желаний, стремлений, нередко в бездумном характере его ответов,

в отсутствии стремления к контакту с окружающими. Отказывается от притязаний. Подобные реакции у детей с ДЦП возникают на ситуацию фрустрации. При тормозном варианте возникает сочетание таких черт характера, как неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, склонность к страхам. Этому способствует воспитание по типу гиперопеки, которое ведет к подавлению естественной активности ребенка, его стремления к самостоятельности; в результате у ребенка постепенно начинает закрепляться ощущение зависимости от взрослых, неуверенность в себе, пассивность, робость как устойчивые свойства личности.

Церебро-астенический вариант осложненного инфантилизма.

Проявления эмоционально-волевой незрелости сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение отличается повышенной раздражительностью, несдержанностью; склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью. Настроение у них крайне неустойчивое, иногда проявляется 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 детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Аффективное поведение связано с тем, что предъявляемые требования окружающих начинают превышать возможности детей. Все это порождает атмосферу постоянного недовольства педагога и воспитателя ребенком, приводит к возникновению у последнего чувства неполноценности.

Органический вариант. В основе органического варианта 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 двигательно расторможены, благодущны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Проявления органического инфантилизма чаще наблюдаются при атоническо-астатической форме церебрального паралича, когда имеется 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 характерны склонность к «расторможению» влечений, импульсивность у них сочетается с проявлением инертности. Дошкольники показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний неадекватно завышены; отсутствует и адекватная реакция на неуспех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды наблюдается формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбудимого типа. Дети становятся двигательно-беспокойными, раздражительными, импульсивными, не способными адекватно учитывать ситуацию. Связано как с ранним органическим поражением мозга, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика ДЦП определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений.

Игровая деятельность у детей с ДЦП

Ведущим видом деятельности детей дошкольного возраста считается игровая деятельность. У детей с ДЦП развитие всех видов деятельности проходит своеобразно. Связано это в основном с двигательной патологией, поскольку любая деятельность предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений, в том числе двигательных.

Характеристика игровой деятельности детей с ДЦП

Младший дошкольный возраст

Низкий уровень. Игры однообразны. Интерес к игрушке кратковременный. Использование предметов заместителей вызывает затруднение. Наблюдается неустойчивость в игровом общении (захватывает игрушки, разрушает постройки товарищей). Игровые действия не сопровождаются речью. Самостоятельная игра кратковременна. Наблюдаются неадекватные действия с игрушками. Роль не обозначена.

Средний уровень. Интерес к игрушке устойчивый. Игровые действия разнообразны. Цепочка действия соответствует логике, носит сюжетный характер. Понимает предложение к использованию предметов-заместителей, пользуется ими. Называет себя в игровой роли. Сопровождает игру речью. В игре со сверстниками проявляет доброжелательность. Игровые действия бытового содержания. Игрушки заранее самостоятельно не подбирает.

Высокий уровень. Интерес к игрушке избирательный, устойчивый. Игровые действия разнообразны, соответствуют логике. В играх проявляет инициативу, охотно включается в ролевой диалог. Самостоятельно пользуется предметами-заместителями. Много говорит в слух. В общении с детьми доброжелателен. Роли четко обозначены.

Средний дошкольный возраст

Низкий уровень. Интерес к игрушкам кратковременный. Игровые действия однообразны, иногда наблюдаются нарушения логики.

Затрудняется самостоятельно придумывать сюжет игры или новую роль, игровые действия. Испытывает трудности в ролевом диалоге. В общей игре вступает в конфликты. Использует в игре ограниченное количество предметов-заместителей. Проявляет интерес к совместным играм с воспитателями.

Средний уровень. Интерес к игрушкам устойчивый. Воспроизводит разные сюжеты (бытовые, общественные). Игровые действия объединены сюжетом и соответствуют логике. Может принять разные роли. В игре использует как реальные предметы, так и их заместителей. Сопровождает игру речью. Инициативен, доброжелателен со сверстниками. Имеет партнеров в играх.

Высокий уровень. Ребенок проявляет устойчивый интерес к разнообразным предметам и игрушкам. Самостоятелен в выборе предметов-заместителей. Проявляет инициативу и творчество в создании игровой обстановки и новых ролей. Поддерживает ролевой диалог, активен в нем. Воспроизводит в играх события, впечатления от передач и мультфильмов. В играх доброжелателен, хорошо взаимодействует в подгруппе детей.

Старший дошкольный возраст

Низкий уровень.

Интерес к игрушкам неустойчивый. Игровые действия однообразны, ребенок не использует речь. Ролевой репертуар беден, сосредоточен на действиях с игрушками. Не наблюдаются элементы планирования, сотрудничества с кем-либо. Игры кратковременны. Не умеет согласовывать свои действия с общим игровым замыслом. Нет партнеров по игре.

Средний уровень. Ребенок проявляет устойчивый интерес к играм. Игрушки, предметы подбирает в соответствии с ролью, участвует в создании игровой обстановки. Сюжеты игр разнообразны (бытовые, трудовые, по мотивам знакомых сказок). Называет свою роль и роли других детей, раскрывает игровые действия. Использует широко предметы-заместители. Активен в ролевом диалоге. Учитывает интересы играющих,

доброжелателен. Пытается справедливо разрешить споры. Использует считалки, жребий, очередность.

Высокий уровень. Интерес к игрушкам устойчивый. Имеет разносторонние игровые интересы. В играх инициативен, фантазирует, комбинирует реальные и фантастические события. Активен в ролевом взаимодействии, в ролевых диалогах. Доступны как ведущие, так и второстепенные роли. Планирует, подбирает необходимые игрушки, предметы для игр. К сверстникам доброжелателен, проявляет интерес к сотрудничеству.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЗДАНИЮ МОДЕЛИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Инклюзивное образовательное пространство основано на предоставлении вариативных форм обучения для детей с ограниченными возможностями здоровья.

С целью разработки адекватных индивидуальных образовательных маршрутов для воспитания, развития и обучения дошкольников с ДЦП специалистам важно проанализировать данные комплексного диагностического обследования дошкольников, включенных в систему инклюзивного образования.

В первую очередь необходимо проанализировать возможности включения дошкольников с ДЦП в систему инклюзивного образования с учетом данных полученных при проведении экспертной оценки ограничения их жизнедеятельности.

Пользуясь приведенным ниже описанием основных форм проявления нарушений, проводится экспертная оценка имеющихся у ребенка ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности [5].

Экспертная оценка ограничения жизнедеятельности

Ограничения жизнедеятельности при ДЦП складываются из различных сочетаний нарушения двигательных, сенсорных, психических, высших мозговых, вегетативных функций как на элементарном, так и на более сложном организованном уровнях. Так наличие пареза и спастики мышц ног в различном сочетании не однозначно может повлиять на способность передвигаться. Значительная степень пареза в сочетании с легкой спастикой приводит к полной неспособности ходить, но та же степень

пареза в сочетании с выраженной спастикой позволяет сохранить опороспособность ног и возможность передвигаться. Согласно международной классификации выделяют шесть видов ограничения жизнедеятельности:

1. Снижение способности адекватно вести себя.
2. Снижение способности общаться с окружающими.
3. Снижение способности передвигаться.
4. Снижение способности действовать руками.
5. Снижение способности владеть телом при решении бытовых задач.
6. Снижение способности ухаживать за собой.

Шкала оценки степени ограничения жизнедеятельности, рекомендуемая Международной классификацией [5], позволяет в 6-бальном измерении характеризовать каждый вид ограничения жизнедеятельности:

0. Нет ограничения жизнедеятельности.
1. Легкое ограничение жизнедеятельности, вызывающее ряд трудностей. Нет необходимости использовать вспомогательные средства.
2. Умеренное ограничение, требующее использования вспомогательных средств.
3. Умеренное ограничение, требующее содействия окружающих наряду с использованием вспомогательных средств.
4. Значительное нарушение жизнедеятельности, вызывающее полную зависимость окружающих.
5. Выраженное ограничение деятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих и требующее использования окружающими вспомогательных средств.
6. Полная неспособность действовать даже при содействии окружающих лиц и вспомогательных средств.

При ДЦП каждый вид ограничения жизнедеятельности обусловлен специфическими для этого заболевания нарушениями функций, из которых наибольший вес занимают нарушения двигательных функций.

В процессе определения содержания обучения и воспитания дошкольников с ДЦП у условиях инклюзивного образования важно учитывать основные проявления различных видов ограничения жизнедеятельности.

Снижение способности передвигаться, как ограничение жизнедеятельности при ДЦП обусловлено следующими специфическими сложными нарушениями двигательных функций:

- Функциональный кифосколиоз вертикального положения.
- Патологически фиксированный наклон таза (вперед, назад, латерально).
- Ограничение поворота туловища.
- Ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника.
- Сгибательно-приводящие установки мышц бедер и ограничение движений в тазобедренных суставах при превалирующем влиянии ЛТР или СШТР.
- Сгибательные установки (контрактуры) в коленных и тазобедренных суставах.
- Нарушениями структуры шага: опоры, переката, переноса.
- Тугоподвижность в коленном и голеностопном суставах.
- Уменьшение размеров пятки на стороне пареза с последующим укорочением конечности.
- Нарушение равновесия и координации мышц нижних конечностей.
- Гипоатония мышц ног (отведенная, ротированная кнаружи конечность).
- Гипотония, атаксия нижних конечностей, гиперметрия и дизметрия (с сохранением гипертонуса в икроножных мышцах).
- Гиперкинез нижних конечностей типа атетоза, хореоатетоза, хореического гиперкинеза.

- Анатомически сгибательная поза головы.
- Разгибательно-гипертоническая поза головы.
- Патологически фиксированные лопатки (поднятые, стянутые, разведенные, асимметричные).
- Торсированный гиперкинез туловища.

Снижение способности действовать руками обусловлено рядом нарушений сложных функций, специфических для ДЦП:

- Сгибательно-пронаторные установки в локтевом суставе, в кисти и пальцах.
- Нарушение тонких движений пальцев кисти и противопоставления пальцев большому пальцу.
- Имитационные синкинезии в неактивной конечности.
- Гиперкинез кисти.
- Нарушение удержания предметов и манипулирование в руках.
- Ограничение движений руки в плечевом суставе.
- Динамическая приводящая установка плеча.
- Отставание в росте всей пораженной конечности.
- Гипотония, атаксия, гиперметрия, дизметрия в руках.

Как снижение способности передвигаться, так и снижение способности действовать руками, обусловлено нарушением элементарных двигательных функций и нарушением проприоцепции:

- Нарушения мышечной силы.
- Нарушения тонуса мышц.
- Нарушения объема активных движений.
- Патологические позы и положения сегментов конечностей.
- Нарушения двигательной рефлекторной сферы.
- Гиперзкнезы.

- Нарушения координации.
- Нарушения проприоцепции.

Снижение способности адекватно вести себя обусловлено в основном отклонениями в интеллектуальной и эмоционально волевой сферах в виде нарушения адекватности поведения в соответствии с ситуацией (снижение способности соблюдать личную безопасность, понимать, справляться с ситуацией, приобретать знания и др.).

Снижение способности ухаживать за собой включает различные ограничения бытовых навыков: приобретение продуктов, прием пищи, личная гигиена, одевание и др. Ограничение способности ухаживать за собой может быть обусловлено как изолированными нарушениями функций, так и их сочетанием, формирующих все четыре выше описанных вида ограничения жизнедеятельности.

Для оценки различных видов ограничения жизнедеятельности рекомендуется использовать набор тестов, по которым стандартно оценивается определенная сфера жизнедеятельности.

Перечень тестов для оценки ограничения жизнедеятельности: способности передвигаться и способности действовать руками.

I. Снижение способности передвигаться. Включает способность выполнения сложных двигательных манипуляций телом (перемещение в пространстве) и оценивается по пяти позициям.

1. Снижение способности ходить.

Тесты:

- а) ходьба на четвереньках,
- б) ходьба на коленях,
- в) ходьба на ногах.

2. Снижение способности преодолевать препятствия или подниматься по лестнице. Включает, в частности, неспособность ходить по пересеченной местности.

Тесты:

- а) ходьба по лестнице вверх,
- б) ходьба по лестнице вниз,
- в) ходьба с перешагиванием через препятствие (трубы с диаметром 12 см).

3. Снижение способности бегать.

Тесты:

- а) бег в помещении,
- б) бег с препятствием (трубы с диаметром 12 см).

4. Снижение способности перемещаться. Вставать с постели, с кресла, со стула. Ложиться или садиться. Менять положение в постели.

Тесты:

- а) поворот с живота на спину,
- б) поворот со спины на живот,
- в) а/ ползание на животе; б/ ползание на животе без участия ног, за счет перетаскивания туловища на руках,
- г) усаживание из положения лежа на животе через положение сидя боком,
- д) усаживание из положения лежа на спине через опору на локоть,
- е) симметричное усаживание из положения лежа на спине,
- ж) вставание на четвереньки,
- з) вставание из положения на коленях,
- и) сидение с вытянутыми ногами,
- к) сидение на кушетке свесив ноги,
- л) умение стоять,
- м) стояние на одной ноге.

5. Снижение способности вставать на колени или низко нагибаться.

Тесты:

- а) вставание на колени из положения стоя,
- б) низкий наклон вперед.

II. Снижение способности действовать руками. Включает ограничение способности манипулирования пальцами рук, схватывания, удержания, перемещения и переноски.

1. Снижение способности действовать пальцами.

Тесты:

а) вращение кубика в кисти.

2. Снижение способности действовать рукой. Снижение способности тянуть или толкать предмет.

3. Неспособность передвигать предметы. Не включает трудности в передвижении вовремя переноски предметов.

4. Другое снижение способности действовать руками.

Комплексное сопровождение дошкольников с ДЦП

Психологическое обследование дошкольников с ДЦП

и их родителей

Комплексная реабилитация дошкольников с ограниченными возможностями вследствие детского церебрального паралича (ДЦП) подразумевает проведение системы специальных мероприятий, направленных на восстановление (развитие, формирование) психических функций, процессов, свойств, способностей, позволяющих ребенку усваивать и выполнять различные социальные роли, адаптироваться в обществе, т.е. направленных на восстановление (развитие) психологических механизмов социальной интеграции. Этот аспект реабилитационных мероприятий дефинируется как психологическая реабилитация.

Ее целесообразность, приоритетные направления, оптимальные методические приемы в условиях инклюзивного образования будут определяться прежде всего тем, какие именно сферы, моменты психической деятельности оказались нарушенными, тем, какие именно психические функции, свойства следует восстанавливать и развивать в первую очередь.

Соответственно, для этого необходимо проведение психодиагностического обследования, психологической экспертизы.

Психодиагностическое обследование показано ребенку с детским церебральным параличом с того момента, когда решается вопрос о необходимости его реабилитации и возможности включения в систему инклюзивного образования. Смысл психологического обследования ребенка с ДЦП заключается и в том, что его результаты имеют необходимую информационную ценность для разработки содержательного аспекта реабилитационной программы.

В силу того, что в качестве объекта психологической реабилитации должен выступать не только сам ребенок с ограниченными возможностями, но и его ближайшее окружение, в первую очередь родители, семья, то очевидна и необходимость в психодиагностическом обследовании семьи, в оценке той системы отношений, в которой развивается ребенок.

Итак, психологическое обследование ребенка с ограниченными возможностями вследствие ДЦП и его семьи показано во всех случаях, когда речь идет о необходимости проведения реабилитационных мероприятий. Цель этих обследований заключается в определении наиболее эффективных средств психологической реабилитации, в расстановке ее приоритетов (направленности), в объективизации оценки ее эффективности в процессе разработки модели инклюзивного образования. Соответственно, задачами психодиагностики являются:

- определение нарушений психической деятельности у ребенка с ограниченными возможностями и оценка вероятности восстановления нарушенных функций;
- определение возможных механизмов компенсации психических расстройств и способов «стимуляции», актуализации этих механизмов;
- определение психологических параметров, которые целесообразно использовать в качестве мониторируемых в ходе реабилитационного процесса;

- определение объема и характера психологической помощи, которая должна оказываться родителям для обеспечения эффективной реабилитации ребенка.

Необходимо подчеркнуть, что психологическое обследование дошкольника с ограниченными возможностями вследствие ДЦП должно акцентировать внимание не только на патологических проявлениях его психического развития, но и на анализе индивидуальных особенностей его психики. Именно их в контексте определенных социальных коллизий можно рассматривать как позитивные или негативные в отношении обеспечения социальной интеграции ребенка, т.е. в отношении обеспечения конечного результата реабилитации в условиях инклюзивного образования.

Организация процедуры психологического обследования определяется данными: о типичных нарушениях в психическом развитии, которые встречаются у дошкольников с ДЦП; о характерных особенностях динамики этих патопсихологических проявлений; о типичных трудностях социальной адаптации этого контингента детей, обусловленных их психологическими проблемами; о дисгармонии внутрисемейных отношений, негативно влияющих на реабилитационный процесс и на психическое развитие детей.

Исходя из этого, углубленное психодиагностическое обследование ребенка, страдающего ДЦП, должно обеспечивать:

- оценку психомоторного развития (особенно на относительно ранних этапах развития ребенка);
- всестороннюю оценку интеллектуального развития (от оценки состояния отдельных интеллектуальных функций до интегральной оценки уровня умственного развития и структуры интеллекта);
- оценку эмоционально-мотивационной сферы;
- оценку характера и особенностей личности в целом;
- оценку поведения и психологических механизмов его регуляции.

При этом следует отметить, что получаемые оценочные характеристики психического развития ребенка должны иметь

соответствующие соотношения со стандартами ограничения жизнедеятельности, выделенными в международной номенклатуре.

Психологическое обследование семьи, родителей детей с ДЦП должно обеспечивать:

- оценку состояния психического здоровья родителей и характера общей психологической атмосферы в семье;
- оценку психолого-педагогической, медицинской грамотности родителей, оценку их «реабилитационной компетентности»;
- оценку стиля взаимоотношений в семье в целом, в диадах «мать-ребенок», «отец–ребенок» в частности;
- оценку адекватности установок родителей в отношении перспектив ребенка.

В соответствии с вышесказанным производится и выбор способов, методических приемов, тестов, посредством которых можно решить данные психодиагностические задачи. При этом психодиагностическая информация должна быть оценена таким образом, чтобы было возможно объективизировать именно нарушенные «звенья» психической деятельности ребенка с целью дальнейшего учета данной информации при проведении коррекционно-развивающих мероприятий с данной категорией детей.

Результаты этого психологического обследования должны давать ответы на следующие вопросы:

- необходима или нет целенаправленная психологическая реабилитация ребенка, если да, то каковы ее основные цели и задачи?
- насколько способными к восстановлению (развитию) являются те или иные нарушения психической деятельности ребенка?
- какие именно показатели психического развития следует использовать в качестве мониторируемых (контролируемых) при проведении психологической реабилитации?

Проявления различных по характеру и выраженности нарушений психической деятельности в обобщенном виде представлены следующей шкалой.

Таблица 1

Шкала нарушений психического здоровья

| Степень нарушения | Проявления нарушений психической деятельности |
|--|--|
| 1. Нарушения умственного развития | |
| Легкие, незначительные нарушения | Затруднения при овладении сложными видами деятельности, трудности (невозможность) обучения по программам массовых учебных заведений |
| Умеренные нарушения | Возможно овладение относительно простыми коммуникативными навыками и навыками самообслуживания; практически невозможно овладение навыками письма и чтения, счетными операциями |
| Тяжелые, грубые нарушения | Невозможность овладения сколько-нибудь сложными видами целенаправленной деятельности, учебными программами, сохранена способность выполнять отдельные элементарные действия, организованная деятельность фактически невозможна; необходим постоянный уход и контроль за поведением |
| 2. Нарушения памяти | |
| Легкие, незначительные нарушения | Трудности при заучивании большого объема информации |
| Умеренные | Эпизодические ложные воспоминания, "уплощенная |

| | |
|--|---|
| нарушения | кривая заучивания" стимульного материала |
| Тяжелые, грубые нарушения | Ложные воспоминания, полное выпадение из памяти отдельных событий; различные виды амнезии, невозможность заучивания материала и сохранения мнемической информации; невозможность отсроченного воспроизведения |
| 3. Нарушения эмоций, эмоциональной реакции, настроения или воли | |
| Легкие, незначительные нарушения | Лабильность настроения, капризность на поведенческом уровне, несколько повышенная или пониженная возбудимость |
| Умеренные нарушения | Неустойчивость настроения, пугливость, повышенная возбудимость, тенденции к тревожным реакциям |
| Тяжелые, грубые нарушения | Резкие перепады, неустойчивость настроения, неадекватность, беспредметность, уплощение эмоциональных реакций; эмоциональная холодность, неспособность к рефлексии, узкий круг эмоциональных предпочтений, амбивалентность эмоций, импульсивность поведения, высокий уровень тревоги |
| 4. Нарушения психомоторных функций | |
| Легкие, незначительные нарушения | Некоторая замедленность скорости «мелких» движений, редкие ошибки при выполнении заданий на точность движений |
| Умеренные нарушения | Замедленность скорости «мелких» движений, периодические ошибки при выполнении заданий на точность движений; нарушения активной формы звуковой речи (картавость) |

| | |
|---|---|
| Тяжелые, грубые нарушения | Выраженная замедленность, неточность движений; произвольные, неконтролируемые движения; невозможность координировать двигательные акты; неспособность к письму и рисованию; невозможность овладения некоторыми навыками самообслуживания; значительные расстройства звуковой формы речи |
| 5. Нарушения мышления | |
| Легкие, незначительные нарушения | Некоторая замедленность мыслительных операций, трудности при решении сложных задач на обобщение |
| Умеренные нарушения | Замедленность мыслительных операций, трудности при необходимости обобщать, абстрагироваться; недостаточность осведомленности, запаса знаний, некоторая дискретность мыслительных операций, неустойчивая динамика умственной работоспособности |
| Тяжелые, грубые нарушения | Крайняя замедленность мыслительной деятельности; скудный запас знаний; неуспеваемость учебных программ; «соскальзывающее» мышление; неспособность совершать операции обобщения и абстрагирования; неадекватность оценочных суждений, несформированность аппарата понятийного мышления |
| 6. Нарушения восприятия и внимания | |
| Легкие, незначительные нарушения | Некоторая неустойчивость внимания, трудности при сосредоточении |

| | |
|----------------------------------|--|
| Умеренные нарушения | Неустойчивость внимания, снижение диапазона внимания, недостаточная произвольность функции внимания |
| Тяжелые, грубые нарушения | Неспособность сосредоточиться; несформированность произвольного внимания; возможность удержания в поле внимания не более одного предмета; практическая неспособность к целенаправленной системной деятельности |
| 7. Нарушения поведения | |
| Легкие, незначительные нарушения | Умеренная неврозоподобная симптоматика, некоторая склонность к агрессивным реакциям, умеренные акцентуации |
| Умеренные нарушения | Фобии, навязчивые состояния; выраженные акцентуации; некоторая асоциальность ценностных ориентации; своеобразная интерпретация социальных ценностей, норм и правил поведения; склонность к аутизму, агрессивным реакциям |
| Тяжелые, грубые нарушения | Выраженная неврозоподобная симптоматика; психопатия; девиантное поведение, выраженные агрессивные реакции, в том числе аутоагрессия; невозможность самоконтроля поведения, «распад» личности |

Выше отмечалось, что в интересах проведения эффективной психологической реабилитации необходимо проведение психологического обследования и семьи ребенка. Результаты психодиагностики семьи должны позволять:

- а) оценить степень конструктивности позиции родителей в отношении планируемых реабилитационных мероприятий в целом;

- б) оценить степень «реабилитационной компетентности» родителей и, соответственно, возможность их привлечения к участию в проведении реабилитационных мероприятий;
- в) оценить характер взаимоотношений родителей и ребенка и определить особенности влияния этих взаимоотношений на психическое развитие ребенка;
- г) оценить «психическое здоровье» родителей и определить их нуждаемость в психологической помощи.

Предлагается следующая схема оценки результатов психологического обследования семьи.

Таблица 2

Оценка результатов обследования семьи

| Оценка результатов | Результаты обследования семьи |
|---|---|
| 1. Психологическое здоровье родителей | |
| Низкий уровень психического здоровья | Острые хронические расстройства психики, выраженное неадекватное или асоциальное поведение |
| Пониженный уровень психического здоровья | Выраженные невротоподобные расстройства, частые эмоциональные срывы, недостаточно адекватное поведение, тенденции к асоциальному поведению |
| Относительно удовлетворительный уровень психического здоровья | Эпизодические невротоподобные реакции, повышенная тревожность, склонность к болезненным эмоциональным реакциям в случаях конфликтных ситуаций, невозможность удовлетворения тех или иных потребностей |
| Удовлетворительный уровень психического здоровья | Повышенная лабильность эмоционального фона, настроения; недостаточная способность к самоконтролю в стрессовых ситуациях, |

| | |
|---|---|
| | повышенная раздражительность |
| Хороший уровень психического здоровья | Отсутствие каких-либо признаков нарушения психического здоровья |
| 2. Психологический климат (характер взаимоотношений) | |
| Неблагоприятный психологический климат | Частые бурные конфликты, отсутствие эмоциональной близости, резкие перепады характера взаимоотношений |
| Относительно неблагоприятный психологический климат | Периодические, болезненно разрешаемые конфликты, неустойчивость характера взаимоотношений, повышенная эмоциональная взаимозависимость, скудная палитра эмоциональных взаимоотношений |
| Относительно удовлетворительный психологический климат | Эпизодические, но болезненные конфликты, повышенная напряженность эмоциональных взаимоотношений, повышенная фиксация на негативных элементах взаимоотношений |
| Удовлетворительный психологический климат | Редкие конфликты, некоторая неустойчивость эмоциональных взаимоотношений, недостаточность элементов сочувствия, сопереживания в отношениях между членами семьи |
| Благоприятный психологический климат | Гармоничные взаимоотношения, рациональное разрешение возможных конфликтов в семье, адекватная эмоциональная поддержка как приоритетная характеристика взаимоотношений между членами семьи |
| 3. Реабилитационная компетентность родителей | |
| Низкий уровень реабилитационной компетентности | Отсутствие каких-либо знаний относительно реабилитационных мероприятий, их поверхностность, неадекватность, отсутствие |

| | |
|---|---|
| | каких-либо навыков по оказанию практической помощи ребенку (медицинского, психологического, социально-бытового характера) |
| Сниженный уровень реабилитационной компетентности | Бессистемные знания, владение некоторыми навыками помощи ребенку и их эпизодическое, нерегулярное использование на практике, фетишизация значения отдельных видов реабилитации и отрицание других |
| Относительно удовлетворительный уровень реабилитационной компетентности | Недостаточно полные знания и недостаточно сформированные навыки, цикличность адекватной вовлеченности в обеспечение реабилитационных мероприятий, недостаточно полное понимание необходимости комплексной (медицинской, психологической, социальной и т.п.) реабилитации |
| Удовлетворительный уровень реабилитационной компетентности | Достаточно полные знания и совершенные навыки, которые реализуются на практике, адекватность и заинтересованность в проведении реабилитационных мероприятий в сочетании с затруднениями социально-экономического характера (например, низкий материальный достаток, хронический дефицит времени и т.п.) |
| Высокий уровень реабилитационной компетентности | Объемные знания и совершенные навыки, их практическая реализация, социально-экономическое благополучие семьи в плане возможности обеспечения ребенка всем комплексом реабилитационных услуг |

Результаты такого обследования семьи позволяют определить нуждаемость родителей в психологической помощи. Как показывает опыт, данная психологическая поддержка, как правило, заключается в:

- обучении родителей навыкам ухода за ребенком, позволяющим минимизировать состояние психологического дискомфорта, вызванного заболеванием;
- ознакомлении родителей с закономерностями психического развития, психологических особенностей детей;
- обучении родителей приемам организации игровой и учебной деятельности детей, способствующей психическому развитию, ознакомление их с развивающими, дидактическими играми;
- оптимизации системы внутрисемейных отношений с целью повышения степени их позитивных влияний на развитие ребенка;
- расширении информированности родителей о потенциальных возможностях ребенка, о его перспективах, как в социальном, так и в медицинском аспектах, о способах и методах его лечения и воспитания с целью формирования у них адекватной и конструктивной позиции в отношении будущего ребенка, с одной стороны, и реабилитационных мероприятий – с другой.

Педагогическое обследование дошкольников с ДЦП

Педагогическое обследование дошкольников с ДЦП конкретизируется с учетом возрастных особенностей детей. При проведении педагогического обследования определяется уровень развития познавательной деятельности ребенка, что в дальнейшем позволяет составить индивидуальный образовательный маршрут ребенка и определить программу воспитания и обучения ребенка с ДЦП в условиях инклюзивного образования.

При обследовании детей дошкольного возраста наряду с наблюдением широко используются другие экспериментально-психологические методики, направленные на выявление нарушений в формировании восприятия,

пространственных и временных представлений, наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления. Эти методики описаны в работах по психодиагностике нарушенного развития (С. Д. Забрамная, Е.А. Стребелева и др.) [9]. Для подбора методических приемов и правильной интерпретации результатов специалист должен хорошо знать и учитывать клинические особенности детей и структуру речевых и интеллектуальных нарушений при разных формах церебрального паралича.

При обследовании дошкольников с двигательной патологией целесообразно придерживаться следующей схемы:

1. Нарушения двигательной сферы.

- Удерживает вертикальное положение (сидя; стоя).
- Передвигается (в коляске; с костылями; с опорой на трость; самостоятельно в пределах помещения; самостоятельно на значительные расстояния).
- Ведущая рука (правая; левая).
- Развитие манипулятивной функции (резко ограничена; частично ограничена; не ограничена).
- Участие пораженной руки в игре и процессах самообслуживания (функция пораженной руки отсутствует; пораженная рука выполняет поддерживающую роль; пораженная рука принимает участие в выполнении простых двигательных актов; пораженная рука принимает участие в выполнении сложных двигательных актов).

2. Уровень развития навыков самообслуживания

- Навыки личной гигиены: умывание, чистка зубов, расчесывание волос (не владеет; частично владеет; полностью владеет).
- Самообслуживание в одевании и раздевании:
 - а) раздевание (не владеет; частично владеет; полностью владеет);

- б) одевание (не одевается; одевается с помощью; одевается сам, кроме застегивания пуговиц и шнуровки обуви; одевается полностью).
- Самообслуживание при приеме пищи (не ест сам; сам ест твердую пищу (хлеб, пряник); сам пьет из кружки; сам ест ложкой; полностью пользуется столовыми приборами).
3. *Нарушения зрения* (близорукость; аномалии рефракции; косоглазие; нистагм; ограничение взора вверх; ограничение полей зрения).
4. *Нарушения слуха* (тугоухость, глухота).

Данные о нарушениях зрения и слуха специалист может получить из медицинской документации.

**Протокол педагогической диагностики уровня развития
ребенка 4–5 года жизни**

Ф.И. ребенка _____

Дата обследования _____

Возраст на момент обследования _____

Методика «Поиграй»

Цель: проверяется интерес ребенка к игрушкам, характер употребления игрушек, характер игры (манипуляция, процессуальные действия или элементы сюжета).

Оборудование: игровой уголок, где находятся кукла, коляски, наборы одежды и посуды для куклы, машина, кубики, солдатики, ворота, мяч, тазик с водой, мелкие игрушки, куклы «би-ба-бо».

Проведение обследования: взрослый приглашает ребенка в игровой уголок и эмоционально вовлекает его в совместные действия с игрушками. Сначала предлагается покормить куклу, затем покатать ее в коляске, потом уложить спать. Если ребенок не хочет играть с куклой, ему предлагают нагрузить кубики в машину и принять участие в строительстве. Взрослый строит дорогу из кирпичиков, а затем сажает в машину маленькую куклу и просит ребенка провезти ее по дорожке. В случае отказа ребенку предлагают поиграть около тазика с водой: опускают туда по одной мелкой игрушке (шарики, рыбки и т.д.), затем предлагают поймать их сачком.

Оценка действий ребенка: отношение к игрушкам, интерес и характер действий с игрушками, избирательность в игрушках.

1 балл – ребенок действует с игрушками неадекватно (тянет в рот либо кидает их); при обучении не стремится к совместным действиям со взрослым либо вообще не реагирует на игрушки.

2 балла – ребенок проявляет эмоциональные реакции на некоторые игрушки, но сам не может выполнить ряд последовательных предметно-

игровых действий; в процессе обучения отмечаются манипуляции и процессуальные действия с игрушками.

3 балла – ребенок проявляет интерес к игрушкам; самостоятельно может выполнить ряд последовательных предметно-игровых действий, но не может организовать сюжетную игру без помощи взрослого.

4 балла – ребенок проявляет интерес к игрушкам и может самостоятельно выполнить с ними ряд логически последовательных действий, объединяя их в единый сюжет.

Методика «Коробка форм»

Коробка форм («почтовый ящик») из четырех форм.

Цель: задание направлено на проверку уровня развития практической ориентировки на форму, обучаемость.

Оборудование: «почтовый ящик» – пластмассовая или деревянная коробка с четырьмя (пятью) прорезями разной формы; восемь объемных геометрических фигур, соответствующих прорезям коробки.

Проведение обследования: взрослый ставит перед ребенком коробку, обращая внимание на прорези, а рядом выкладывает объемные фигуры так, чтобы основание каждой фигуры, соответствующее форме прорези, оказалось сверху. Ребенку предлагают опустить все фигурки в свои прорези, т.е. определить, к какой прорези подходит та или иная форма. В случае затруднения взрослый просит ребенка примерить фигурку к прорези, поворачивая нужной стороной, показывает, как это нужно делать.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание условий задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает задание; в условиях обучения действует неадекватно (берет игрушки в рот, бросает их и т.д.).

2 балла – ребенок принимает задание, но, выполняя его, использует хаотичные действия, т.е. не соотносит фигуру с прорезью, а пытается силой затолкнуть ее в любую прорезь; в условиях обучения действует адекватно, но

после обучения не переходит к другому способу выполнения задания; отсутствует метод проб; к конечному результату безразличен.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; при выполнении пользуется методом перебора вариантов либо методом проб; заинтересован в конечном результате.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; выполняет его методом практического примеривания или зрительного соотнесения; заинтересован в конечном результате.

Методика «Разбери и сложи матрешку»

Разборка и складывание четырехместной матрешки.

Цель: задание направлено на выявление уровня развития практической ориентировки на величину, обучаемость.

Оборудование: четырехместная матрешка.

Проведение обследования: взрослый дает ребенку четырехместную (пятиместную) матрешку и просит ее раскрыть, рассмотреть другие матрешки. Затем предлагает собрать все матрешки в одну. При затруднении взрослый берет матрешку и просит ребенка посмотреть, как он это делает: «Сначала беру маленькую матрешку и ищу чуть меньше, затем подбираю к ней платочек и т.д.». Взрослый показывает складывание матрешки методом проб, привлекая внимание ребенка к поиску следующей части. После обучения ребенку предлагают выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание условий задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату своей деятельности.

1 балл – ребенок не понимает задание; в условиях обучения действует неадекватно (бросает матрешку, берет ее в рот, стучит ею по столу и т.д.).

2 балла – ребенок принимает и понимает задание; при выполнении действует хаотично: пытается собрать матрешку без учета величины; в

условиях обучения действует адекватно, но потом не переходит к адекватным действиям; к конечному результату безразличен.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; при выполнении пользуется методом перебора вариантов либо методом проб; заинтересован в конечном результате.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; при выполнении пользуется методом практического примеривания, либо зрительной ориентировки; заинтересован в конечном результате.

Методика «Дом животного»

Адаптированный вариант методики В. Векслера.

Цель: задание направлено на проверку умения действовать целенаправленно, ориентируясь на образец, на проверку уровня восприятия цвета.

Оборудование: деревянная доска, в верхней части которой имеются четыре углубления, где последовательно изображены животные: собака, курица, рыба, кошка. На остальной части доски расположены углубления в четыре ряда, по пять в каждом. Набор цветных фишек-домиков (рис 9).

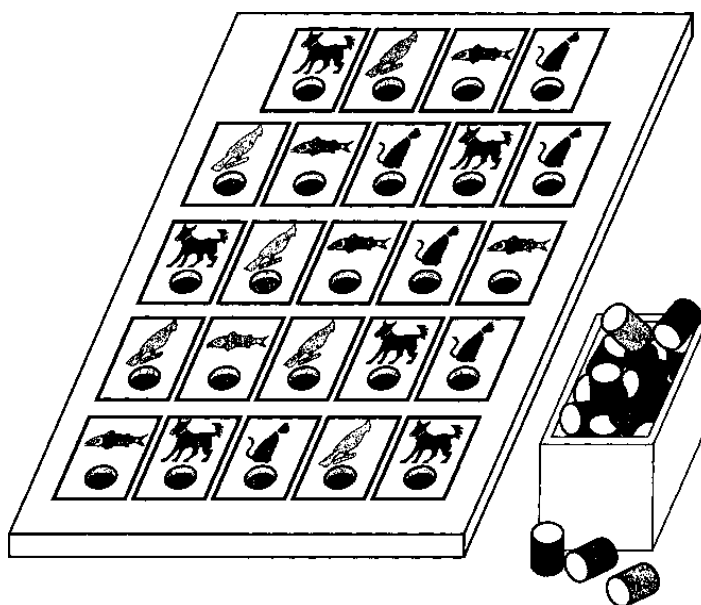


Рис. 9.

Проведение обследования: взрослый кладет перед ребенком доску.

- Рассмотреть по очереди изображения животных в первом ряду.
- У собаки есть свой домик, он желтый, у курицы домик белый, у рыбы – голубой, у кошки вот какой – черный.
- А теперь поставь каждому животному его домик, смотри, как здесь (взрослый помогает ребенку расставить первые две фишки, потом ребенок должен выполнить задание самостоятельно).

Обучение: если ребенок расставляет фишки не по порядку, то его начинают обучать. Взрослый указывает на каждое последующее углубление и просит ребенка поставить этому животному свой домик. Помощь оказывают в расстановке первого ряда. Затем предлагают выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания; наличие целенаправленности в действиях; умение работать по образцу; уровень восприятия цвета; отношение к результату своей деятельности.

1 балл – ребенок не принимает задание; при обучении действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но в своих действиях не ориентируется на образец; расставляет фишки непоследовательно; пропускает углубления; нет целенаправленности в действиях; безразличен к результату.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание, но при выполнении не ориентируется на образец, хотя и расставляет фишки последовательно; после указания на ошибки (взрослый еще раз обращает внимание на цвет домиков) ребенок действует соответственно образцу; заинтересован в результате.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; действует целенаправленно с учетом данного ему образца; заинтересован в результате; может сам заметить свою ошибку и исправить ее.

Методика «Сложи разрезную картинку»

Разрезная картинка из трех частей.

Цель: задание направлено на выявление уровня развития целостного восприятия предметной картинки.

Оборудование: две одинаковые предметные картинки, одна из них разрезана на три (четыре) части по диагонали.

Проведение обследования: взрослый показывает ребенку три части разрезанной картинки и просит сложить целую картинку.

Обучение: взрослый показывает, как надо соединить части в целое. После этого снова предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает задание; действует неадекватно даже в условиях обучения (размахивает картинками, берет их в рот, стучит по столу и т. д.).

2 балла – ребенок принимает задание, но при самостоятельном выполнении кладет одну часть картинки на другую либо соединяет эти части без учета целостного изображения предмета; в условиях обучения использует только второй вариант помощи – накладывает часть картинки на целое; после обучения не переходит к самостоятельному способу выполнения задания; безразличен к конечному результату.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; самостоятельно не может выполнить его, но пытается соединить части в целое; в условиях обучения пользуется первым вариантом помощи; после обучения переходит к самостоятельному способу выполнения; заинтересован в результате своей деятельности.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; самостоятельно выполняет его; заинтересован в результате своей деятельности.

Методика «Угадай, чего нет» (сравнение картинок).

Цель: выявить умение анализировать, сравнивать изображения, находить сходство и различие, решать задачи в образном плане с опорой на наглядность.

Оборудование: две сюжетные картинки с изображением одинаковых полок, стоящих на них игрушек и девочки. На первой картинке игрушки находятся на полках в одном порядке, и девочка тянется рукой к игрушечной кошке, а на второй – игрушки нарисованы в другом порядке, а девочка уходит, унося в руках какую-то игрушку. Что она взяла, не показано.

Проведение обследования: перед ребенком кладут две картинки. Психолог предлагает ребенку рассмотреть картинки, а затем рассказывает: «Это девочка Катя, у нее много игрушек, она их переставила и унесла собой только одну игрушку. Догадайся, какую игрушку унесла Катя».

Обучение: в тех случаях, когда ребенок начинает перечислять все игрушки по очереди, психолог еще раз обращает внимание ребенка на то, что игрушки стоят на других местах, напоминая о том, что девочка унесла только одну игрушку. Если после этого ребенок не решил задачу, то показывается способ решения: психолог берет палочку и поочередно соотносит игрушки на первой и второй картинках: «Это кошка стояла здесь наверху, а Катя переставила наверх. Вот где». Затем психолог отдает палочку ребенку и говорит: «Дальше проверяй ты, если какой-то игрушки нет, значит, ее унесла Катя».

Оценка действий ребенка: принятие задания; способы выполнения (самостоятельно решает задачу в умственном плане, сравнивая и анализируя картинки, решает задачу после объяснения, решает задачу способом практического соотнесения, показанного взрослым); результат выполнения задания.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает задание; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но не понимает его условия; при самостоятельном выполнении перечисляет все переставленные игрушки; после обучения не переходит к адекватным способам выполнения; к конечному результату безразличен.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание, но самостоятельно выполнить его не может; после обучения решает задачу; заинтересован в результате своей деятельности.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; сам решает задачу в мыслительном плане.

Методика «Счет»

Цель: задание направлено на выявление у ребенка количественных представлений.

Оборудование: 15 плоских палочек.

Проведение обследования: перед ребенком кладут 10 палочек и просят сперва взять одну, а затем – много. Обучение проводится по подражанию.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, выбор из множества одной, двух, трех по слову, по подражанию, умение выполнять счетные операции по представлению.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает задание; в условиях обучения действует неадекватно (разбрасывает палочки, берет их в рот, стучит ими по столу, размахивает и т.д.).

2 балла – ребенок принимает и понимает задание; по словесной инструкции не может выделить заданное количество; в условиях обучения действует адекватно, но может выделить палочки из множества только в пределах трех; счетные операции даже в пределах трех не выполняет; к конечному результату безразличен.

3 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; выделяет из множества количество в пределах трех, но в пределах пяти затрудняется;

счетные операции выполняет только в пределах трех; заинтересован в конечном результате.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; выделяет из множества заданное количество и выполняет счетные операции по представлению; заинтересован в конечном результате.

Методика «Построй из палочек»

Цель: задание направлено на выявление умения ребенка создавать конструкции из четырех (пяти) элементов по образцу, обучаемость.

Оборудование: 10 плоских палочек одного цвета.

Проведение обследования: взрослый строит за экраном фигурку из плоских палочек. Затем показывает постройку и просит ребенка построить такую же. При затруднениях ребенка просят построить по показу (рис. 10).

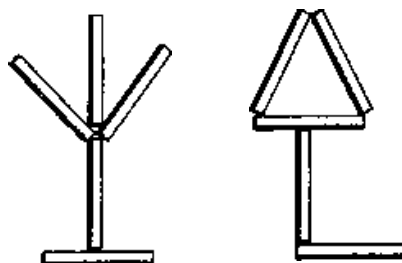


Рис. 10.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, умение работать по образцу или по показу, обучаемость, отношение к результату.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает задание; в условиях обучения действует неадекватно (берет палочки в рот, разбрасывает их, размахивает ими, стучит по столу и т. д.)

2 балла – ребенок принимает задание; самостоятельно работать по образцу не может ни до, ни после обучения; к результату безразличен.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; самостоятельно по образцу может строить только после обучения; заинтересован в конечном результате.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; самостоятельно строит по образцу; заинтересован в конечном результате.

Методика «Нарисуй человека»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития предметного рисунка, особенности поведения в определенной ситуации, целенаправленность деятельности.

Оборудование: цветные фломастеры, карандаши и бумага.

Проведение обследования: перед ребенком кладут лист бумаги и цветные фломастеры и просят как можно лучше нарисовать человека (мужчину). Если ребенок выполняет рисунок не в полный рост, то ему предлагают перерисовать. В завершение проводят дополнительную беседу с ребенком, в которой уточняют непонятные детали и особенности изображения. Обучение не проводится.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, интерес к нему, соответствие рисунка словесной инструкции, уровень изображения предметного рисунка (черкание, предпосылки к предметному рисунку – «головоног»), изображение человека – наличие в рисунке основных частей тела и лица).

1 балл – ребенок принимает, но не понимает задание; действует неадекватно (размахивает карандашом, мнет бумагу, берет ее в рот и т. д.).

2 балла – ребенок принимает задание; предметный рисунок представлен в виде черкания или предпосылок к предметному рисунку – рисует голову (круг).

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; рисует человека в виде «головонога»: голова и ноги или голова и туловище.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; рисует все основные части тела и лица человека.

Методика «Расскажи» (сюжетная картинка «Зимой»)

Цель: задание направлено на выявление уровня понимания, восприятия сюжетного изображения, развития связной речи.

Оборудование: картинка с изображением зимнего сюжета (кругом белый снег; с горки бежит кошка, за ней гонится собака, впряженная в санки; двое смеющихся детей лежат недалеко от санок в снегу).

Проведение обследования:

- Рассмотреть картинку и рассказать о ней.
- Какое время года здесь нарисовано?
- Что случилось с ребятами?
- Что они хотели?
- Почему им не удалось съехать с горки на санках?
- Почему так быстро побежала собака?
- Кого она увидела?

Обучение: если ребенок не может ответить на эти вопросы, то взрослый организует рассматривание сюжетного изображения:

- Давай посмотрим, кто тут лежит в снегу (указывая на детей).
- Почему дети оказались в сугробе?
- Что случилось с санками?
- А это кто бежит (указывая на собаку)?
- За кем побежала собака?
- Что хотели дети?
- Почему им не удалось съехать с горки на санках? (обследование прекращается, если ребенок молчит или отвечает неадекватно).

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания; способ выполнения (самостоятельно составляет рассказ); уровень восприятия и понимания изображенного сюжета – не отвечает на вопросы, дает ответы, не отражающие смысловую сторону изображенного сюжета (перечисляет объекты), отвечает одним словом, отражающим содержание сюжетного

изображения, отвечает на вопросы фразовой речью, отражающей смысловое содержание сюжетного изображения.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает задание.

2 балла – ребенок принимает, но не понимает задание; перечисляет предметы и объекты, изображенные на картинке, не объединяя их в единый сюжет.

3 балла – ребенок принимает задание и понимает смысловую сторону сюжета, но объяснить ее в связном рассказе не может; на вопросы отвечает однословно, показывая тем самым, что смысл понятен.

4 балла – принимает и понимает задание; составляет связный рассказ (три-четыре предложения), отражая в нем основную причинно-следственную зависимость.

**Протокол педагогической диагностики уровня развития
ребенка 5–6 года жизни.**

Ф.И. ребенка _____

Дата обследования _____

Возраст на момент обследования _____

Методика «Включение в ряд»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития у ребенка ориентировочно-познавательной деятельности, а именно ориентировки на величину.

Оборудование: экран, шестиместная матрешка.

Проведение обследования: взрослый берет шестиместную матрешку и на глазах у ребенка разбирает и собирает ее попарно. Затем выстраивает матрешки в ряд по величине, соблюдая между ними равные интервалы. Взрослый за экраном убирает одну из матрешек и выравнивает интервал между оставшимися. Ребенку дают эту матрешку и просят поставить ее на свое место. При этом не следует обращать внимание на то, что ряд равномерно увеличивается или уменьшается. Когда матрешка окажется поставленной на свое место, взрослый предлагает ребенку продолжить игру. Ребенок должен поставить в ряд две-три матрешки (каждый раз по одной).

Оценка действий ребенка: принятие задания, способы выполнения, обучаемость.

1 балл – ребенок не понимает цель; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но не понимает его условия; ставит матрешки в ряд без учета их размера; после показа правильного размещения матрешек самостоятельно не ориентируется на величину.

3 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; самостоятельно выполняет задание, пользуясь практическим примериванием.

4 балла – ребенок принимает и понимает условия задания, самостоятельно выполняет задание, пользуясь зрительной ориентировкой.

Методика «Коробка форм»

Коробка форм («почтовый ящик») из пяти форм

Цель: задание направлено на проверку уровня развития практической ориентировки на форму, обучаемость.

Оборудование: «почтовый ящик» – пластмассовая или деревянная коробка с четырьмя (пятью) прорезями разной формы; восемь объемных геометрических фигур, соответствующих прорезям коробки.

Проведение обследования: взрослый ставит перед ребенком коробку, обращая внимание на прорези, а рядом выкладывает объемные фигуры так, чтобы основание каждой фигуры, соответствующее форме прорези, оказалось вверху. Ребенку предлагают опустить все фигурки в свои прорези, т.е. определить, к какой прорези подходит та или иная форма. В случае затруднения взрослый просит ребенка примерить фигурку к прорези, поворачивая нужной стороной, показывает, как это нужно делать.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание условий задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату.

1 балл – ребенок не понимает задание, не стремится его выполнить; после обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, пытается выполнить его, используя хаотичные действия или действия силой; после обучения пользуется методом перебора вариантов.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание, выполняет его методом перебора вариантов, но после обучения пользуется методом целенаправленных проб.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание, с интересом выполняет его либо методом практического примеривания, либо методом зрительного соотнесения.

Методика «Построй из палочек»

Конструирование: из пяти элементов.

Цель: задание направлено на выявление умения ребенка создавать конструкции из пяти элементов по образцу, обучаемость.

Оборудование: 20 плоских палочек одного цвета.

Проведение обследования: взрослый строит за экраном фигурку из плоских палочек. Затем показывает постройку и просит ребенка построить такую же. При затруднениях ребенка просят построить по показу.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, умение работать по образцу или по показу, обучаемость, отношение к результату.

1 балл – ребенок не понимает цель; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но не понимает его условий; раскладывает палочки без учета образца; не может построить не только по памяти, но и по образцу; выполняет задание на основе показа или воспроизводит только элементы лесенки.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание, но самостоятельно выполнить не может; после повторного показа самостоятельно выполняет задание по образцу.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание, умеет воспроизвести конструкцию по памяти.

Методика «Сложи разрезную картинку» (Разрезная картинка из четырех частей.)

Цель: задание направлено на выявление уровня развития целостного восприятия сюжетного изображения на картинке.

Оборудование: две одинаковые сюжетные картинки (мишка на лошадке), одна из которых разрезана на четыре части по диагонали.

Проведение обследования: взрослый дает ребенку четыре части разрезной картинки и просит: «Сделай целую картинку».

Обучение: в тех случаях, когда ребенок не может правильно соединить части картинки, взрослый сначала показывает целую картинку, а затем просит сложить разрезную. Если задание снова вызывает затруднения, то взрослый сам накладывает часть разрезной картинки на целую и предлагает ребенку наложить другие части. После чего ребенку предлагают выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание условий задания; способы выполнения; обучаемость; отношение к результату; результат.

1 балл – ребенок не понимает цель; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но не понимает его условий; раскладывает картинки без учета целостного восприятия предметного изображения; в процессе обучения пытается складывать картинку, но после обучения не переходит на самостоятельное выполнение задания.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание, но самостоятельно выполнить его не может; после обучения самостоятельно складывает картинку.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; самостоятельно справляется с заданием.

Методика «Сгруппируй картинки»

Группировка картинок по способу действия.

Задание направлено на выявление уровня развития наглядно-образного мышления.

Оборудование: восемь пар предметных картинок, с одними из которых можно действовать, с другими – нельзя.

Проведение обследования: взрослый кладет перед ребенком рядом две картинки: на одной – шарик с веревочкой, на другой – шарик без веревочки. Затем взрослый показывает ребенку картинку с изображением флажка с древком, спрашивает: «Куда его надо положить?» – и сам кладет под изображение шарика с веревочкой. Картинку с изображением флажка без древка кладут под изображение шарика без веревочки. После этого ребенку дают по одной картинке, вперемешку, чтобы он не ориентировался на порядок предъявления. Далее ребенка просят рассказать, какие картинки в первом ряду, какие – во втором, т.е. выясняют, может ли он обобщить принцип группировки в речевом плане.

Оценка действий ребенка: принятие задания, умение работать по образцу, умение вычленить принцип группировки в речевом плане.

1 балл – ребенок не принимает задание; не ориентируется в его условиях (размахивает карточкой, бросает ее); в процессе обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание; раскладывает карточки без учета ориентировки на цвет; после оказания третьего вида помощи начинает ориентироваться на образец; вторую часть задания (группировку по форме) не выполняет.

3 балла - ребенок принимает задание; раскладывает карточки с учетом ориентировки на цвет и форму; и некоторых случаях требуется только первый вид помощи; не может обобщить принцип группировки в речевом плане.

4 балла – ребенок принимает задание; раскладывает карточки с учетом ориентировки на цвет и форму; самостоятельно вычленяет принцип группировки.

Методика «Количественные представления и счет»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития количественных представлений, умение ребенка выполнять счетные операции в умственном плане, т.е. уровень развития наглядно-образного и элементов логического мышления.

Оборудование: 15 плоских палочек одного цвета, экран.

Проведение обследования:

I вариант: взрослый кладет перед ребенком 15 палочек и предлагает ему взять пять палочек. Далее ребенку предлагают запомнить, сколько у него палочек, и закрывают их экраном. За экраном взрослый отнимает три палочки, показывает ребенку это количество и спрашивает: «Сколько там осталось палочек?» После ответа ребенка взрослый показывает две палочки, кладет их за экран к предыдущим двум палочкам. Не открывая экрана, спрашивает у ребенка: «Сколько там палочек?»

II вариант: если ребенок отвечает правильно, ему предлагают устную задачу: «В коробке лежало четыре карандаша, два из них красные, остальные — синие. Сколько там было синих карандашей?» При затруднениях проводится обучение.

Обучение:

I вариант: взрослый уменьшает количество палочек сначала в пределах четырех, а если ребенок затрудняется, то и до трех. При этом используется открытое предъявление задания (экран совсем убирается);

II вариант: ребенку предлагают взять четыре палочки и с опорой на них решить задачу. Взрослый повторяет условие задачи о карандашах и предлагает ребенку решить задачу, используя палочки. Если ребенок задачу решил, можно предложить аналогичную задачу: «У девочки было четыре воздушных шарика, осталось два. Сколько лопнуло шариков?»

Оценка действий ребенка: принятие задания, понимание условий задачи, умение выполнять счетные операции по представлению, решать устные задачи.

1 балл – ребенок действует с палочками, не ориентируясь на количественный признак.

2 балла – ребенок принимает задание; количественные представления сформированы на самом элементарном уровне – может выделить количество только в пределах трех из множества; счетные операции по представлению выполняет только в пределах трех; устные задачи не решает.

3 балла – ребенок принимает задание и понимает его цель; пересчитывает палочки в пределах пяти действенным путем (дотрагивается пальцем до каждой палочки); выполняет счетные операции по представлению в пределах трех; устную задачу самостоятельно решить не может; после обучения решает задачи только с использованием палочек.

4 балла – ребенок принимает задание и понимает его цель; зрительным способом пересчитывает палочки в пределах пяти; выполняет счетные операции по представлению в пределах пяти зрительным способом и мысленно решает предложенные устные задачи в пределах пяти.

Методика «Сравни» (Серия сюжетных картинок «Девочка купает куклу».)

Цель: выявить понимание ребенком последовательности событий изображенных на картинке, то есть уровень сформированности наглядно-образного мышления.

Оборудование: сюжетные картинки с изображением последовательности действий: 1-я картинка: девочка раздевает куклу; 2-я картинка: девочка купает куклу; 3-я картинка: девочка вытирает куклу; 4-я картинка: девочка надевает на куклу новое платье.

Проведение обследования: перед ребенком выкладывают вперемешку сюжетные картинки и предлагают рассмотреть их и разложить по порядку:

«Разложи, что сначала было, что потом и чем все завершилось. А теперь расскажи, что там нарисовано».

В процессе раскладывания картинок взрослый не вмешивается. Ребенок может сам исправлять свои ошибки.

Оценивается: принятие и понимание задания, умение ребенка понять, что на всех картинках изображено одно событие, а так же то, что событие имеет определенную временную последовательность, умение ребенка составить связный логический рассказ.

Оценка действий ребенка в баллах:

1 балл – ребенок не понимает цель задания; в условиях обучения действует неадекватно; не может решать задачи в наглядно-образном плане; не воспринимает сюжет, изображенный на картинке.

2 балла – ребенок принимает задание, но не понимает, что на двух картинках изображено одно и то же событие; основной сюжет изображенного не понимает; не воспринимает ситуацию в динамике; на уточняющие вопросы отвечает неадекватно.

3 балла – ребенок принимает задание, но самостоятельно не может воспринять целостную ситуацию, изображенную на картинке; после уточняющих вопросов отвечает правильно.

4 балла – ребенок принимает задание; самостоятельно может понять целостность сюжета и рассказать о динамике события, изображенного на картинках.

Методика «Найди время года»

Задание направлено на выяснение уровня сформированности представлений о временах года, т.е. уровня наглядно-образного мышления.

Оборудование: сюжетные картинки со специфическими признаками четырех времен года.

Проведение обследования: перед ребенком раскладывают четыре картинки, на которых изображены четыре времени года. Ребенка просят показать, где изображены зима, лето, осень, весна. Затем спрашивают: «Расскажи, как ты догадался, что здесь изображена зима». В случаях затруднения проводится обучение.

Обучение: перед ребенком оставляют картинки с изображением только двух времен года – лета и зимы. Задают ему уточняющие вопросы: «Что бывает зимой? Найди, где здесь изображена зима».

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, уровень сформированности временных представлений, умение объяснить в словесном плане свои действия.

1 балл – ребенок не понимает цели задания; перекладывает картинки.

2 балла – ребенок принимает задание, но не соотносит изображения времен года с их названиями; после обучения может выделить картинки с изображением только двух времен года – зимы и лета.

3 балла – ребенок принимает задание; уверенно и самостоятельно соотносит изображения только двух времен года с их названиями – зимы и лета.

4 балла – ребенок принимает задание; уверенно соотносит изображения всех времен года с их названиями; может объяснить выбор определенного времени года.

Методика «Нарисуй целое»

Задание направлено на выяснение уровня развития обобщенных представлений о свойствах и качествах предметов окружающей действительности, элементов воображения.

Оборудование: лист бумаги, на котором нарисовали два круга, цветные фломастеры.

Проведение обследования: ребенку дают лист бумаги и просят его дорисовать эти фигуры, чтобы получились два разных предмета.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, анализ рисунков.

1 балл – ребенок не принимает задание; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, однако нарисовать предмет по разрезной картинке не может; после складывания картинке ребенок пытается изобразить предмет, но получаются только элементы предмета (неваляшки).

3 балла – ребенок принимает задание, однако нарисовать по разрезной картинке не может; после складывания картинке рисует предмет.

4 балла – ребенок принимает задание; может нарисовать предмет по разрезной картинке; рисует с интересом.

Методика «Расскажи» (Сюжетная картинка «Утро мальчика».)

Цель: задание направлено на выявление умений определять временную последовательность событий, обобщать свой практический опыт (сформированность наглядно-образного мышления).

Оборудование: четыре картинки с изображением ситуаций, знакомых детям из каждодневного опыта. На первой картинке – мальчик, проснувшись, сидит на постели, недалеко от него лежит его одежда; на второй – он умывается; на третьей – сидит на стуле и одевается; на четвертой – одетый мальчик сидит за столом и завтракает.

Проведение обследования: перед ребенком в случайной последовательности выкладывают четыре картинки и просят его рассмотреть и разложить их: «Разложи все картинки по порядку: что мальчик делал сначала, что потом, чем завершились его действия».

Обучение: если ребенок не раскладывает картинки или начинает выполнять задание неверно, то взрослый показывает их и говорит: «Вот первая картинка. Утро. Мальчик проснулся. А теперь разложи картинки так, чтобы было понятно, что мальчик

делал потом». В случае затруднений взрослый кладет верно и вторую картинку: «А теперь мальчик одевается. А что потом он будет делать?»

Оценка результатов: принятие и понимание задания; умение самостоятельно понять сюжет и составить рассказ; способность устанавливать причинно-следственные связи; умение использовать помощь взрослого, результаты.

1 балл – ребенок не принимает задание; не воспринимает изображенный на картинках сюжет.

2 балла – ребенок принимает задание, однако не все: принимает серию картинок как единое событие; называет каждое действие в отдельности, не объединяя их в единый сюжет во временной последовательности.

3 балла – ребенок принимает задание; раскладывает картинки не всегда точно; ориентируется на временную последовательность; после обучения начинает понимать единый сюжет; может рассказать о событии.

4 балла – ребенок принимает задание; самостоятельно раскладывает картинки, четко ориентируясь на временную последовательность; рассказывает о них.

**Протокол педагогической диагностики уровня развития
ребенка 6–7 года жизни**

Ф.И. ребенка _____

Дата обследования _____

Возраст на момент обследования _____

Методика «Сложи»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития логического мышления.

Оборудование: три квадратные таблицы, разделенные на 36 клеток (шесть рядов по шесть клеток). Верхняя строка таблицы заполнена изображениями треугольников, нижняя – изображениями кругов (фигуры расположены по убывающей величине). В левой и правой графах сверху вниз расположены треугольник, трапеция, квадрат, пятиугольник, шестиугольник, круг. Все фигуры в левой графе – самые крупные, в правой – самые мелкие. 16 внутренних клеток таблицы не заполнены (рис. 11).









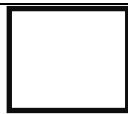

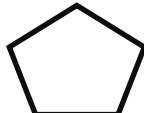

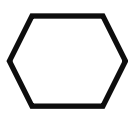

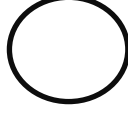
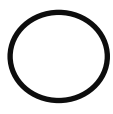




| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |

Рис. 11

Задача, стоящая перед ребенком, заключается в том, чтобы мысленно разместить в пустых клетках три фигуры, нарисованные под таблицей, в соответствии с их формой и величиной (выбранная для каждой фигуры клетка отмечается карандашом). Для правильного решения задачи ребенок должен учесть принцип построения таблицы (сочетание классификации фигур по форме и величине) и найти для каждой фигуры нужную строку и графу.

Проведение обследования: взрослый предлагает ребенку внимательно рассмотреть одну таблицу. Она разделена на клетки. В некоторых из них нарисованы фигурки разной формы и разной величины. Все фигурки расположены в определенном порядке. Каждая фигурка имеет свою клетку. После того как ребенок рассмотрел таблицу, взрослый говорит: «А теперь посмотри середину таблицы. Здесь много пустых клеточек. У тебя внизу под таблицей три фигурки. Для них есть свои места в таблице, они отмечены крестиками. Посмотри внимательно, для какой фигурки поставлен каждый крестик. Покажи, в какую клеточку нужно поставить каждую фигурку». Затем ребенку дают другую таблицу, где внизу нарисованы другие три фигурки. Взрослый говорит: «Найди место в таблице и отметь те клетки, куда нужно поставить фигурки».

Обучение: если ребенок затрудняется в выполнении задания, ему помогают определить место для каждой фигурки, активизируя при этом ориентировочно-познавательную деятельность ребенка. После обучения ему предлагают еще один вариант таблицы для самостоятельного выполнения задания, где необходимо расставить по местам другие фигурки, т.е. отметить нужные места крестиками.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, способ выполнения – самостоятельно или после обучения, результат.

1 балл – ребенок не понимает цель; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но складывает картинку, не ориентируясь на целостность изображения даже после показа образца.

3 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; выполняет задание с помощью; ориентируется на образец – целую картинку; после обучения задание выполняет, пользуясь практическим примериванием.

4 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; самостоятельно выполняет задание, пользуясь различными типами ориентировки.

Методика «Представления об окружающем. Беседа»

Цель: задание направлено на выявление уровня ориентировки в окружающем мире, запаса знаний о себе и своей семье.

Проведение обследования: В ходе беседы рекомендуется задавать ребенку вопросы: «Как тебя зовут? Сколько тебе лет? Когда твой день рождения? Назови свой домашний адрес. Расскажи о своем доме. Сколько в нем этажей? На каком этаже ваша квартира? Расскажи о своей семье. Какая у тебя фамилия? Как зовут твоих родителей? Кто еще с вами живет? Хочешь ли ты идти в школу? Как ты думаешь, что интересного будет в школе? В какой класс ты сразу поступишь?». При затруднении можно задавать уточняющие вопросы.

Оценка действий ребенка: умение отвечать на заданные вопросы; знания и представления о себе и своей семье; наличие представлений о школе; уровень сформированности положительного отношения к школе.

1 балл – ребенок не вступает в речевое общение; контакт и сотрудничество с незнакомым взрослым устанавливается на эмоциональном и деловом уровне.

2 балла – ребенок принимает задание; вступает в речевой контакт, однако ответы оказываются неадекватными поставленным вопросам.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; отвечает с помощью дополнительных, уточняющих вопросов, демонстрируя недостаточный уровень сформированности представлений об окружающем.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; с интересом отвечает на поставленные вопросы, демонстрируя сформированность представлений об окружающем

Методика «Представления о временах года»

Цель: методика направлена на выявление уровня развития временных представлений, умения ребенка устанавливать причинно-следственные связи.

Оборудование: сюжетные картинки с изображением четырех времен года с ярко выраженными специфическими признаками.

Проведение обследования: перед ребенком на столе раскладывают картинки с изображением времен года — зима, лето, осени, весна. Ребенку предлагают рассмотреть их и спрашивают: «Скажи, какое сейчас время года. Покажи его на картинке. Какое время года наступит потом?» Уточняют знания ребенка о последовательности времен года.

Обучение не проводится. Однако если ребенок не справляется с заданием, его просят найти изображение определенного времени года.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, умение определить время года в период обследования и соотнести его с изображением на картинке; уровень сформированности временных представлений: обобщенный, элементарный, фрагментарный и отсутствие представлений.

1 балл – ребенок не понимает задание; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но не понимает его условий; раскладывает картинки без учета последовательности времен года.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание, но самостоятельно выполнить сразу не может; после обучения задание выполняет.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; выполняет задание самостоятельно; сформированы представления о временах года и их последовательности.

Методика «Количественные представления и счет»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития количественных представлений, умения выполнять счетные операции в умственном плане, умения принимать и анализировать условия познавательной задачи, т.е. на выявление уровня мыслительных операций.

Оборудование: 20 плоских палочек, экран. **Проведение обследования:** проводится в два этапа:

1-й этап – ребенку предлагают посчитать устно до 10 и обратно. Затем спрашивают: «Какое число больше: 5 или 6? Какое меньше: 8 или 9? Какое число стоит между 4 и 6?»

2-й этап – ребенка просят взять из множества палочек только пять. Затем их раскладывают горизонтально перед ним и предлагают следующую игру: «Запомни сколько у тебя палочек. Сейчас я буду уменьшать или прибавлять, а ты должен ответить, что я сделал сначала: если я прибавил, то сколько, если уменьшил, то тоже сколько». Взрослый закрывает экраном пять палочек и убирает две. Экран открывается и ребенку задают вопросы: «Что я сделал – отнял или прибавил? Сколько стало?» Задание повторяется несколько раз, и счетные задания выполняются в пределах восьми.

Обучение: проводится только на 2-м этапе. Если ребенок не отвечает на вопрос: «Сколько я отнял?» – педагог снова показывает пять палочек, уже без экрана отнимает две палочки и снова задает этот же вопрос. После этого задание повторяется с использованием экрана.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание всех вариантов заданий, анализ условий познавательной задачи, умение выполнять счетные операции в умственном плане.

1 балл – ребенок не понимает цель; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание; количественные представления сформированы в пределах трех; решение устных задач недоступно.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; количественные представления только в пределах пяти; устные задачи выполняет только в пределах трех.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; все виды заданий выполняет правильно.

Методика «Расскажи» (Серия сюжетных картинок «Зима».)

Цель: задание направлено на выявление умений определять временную последовательность событий, объединять последовательные действия в единый сюжет.

Оборудование: четыре сюжетные картинки с изображением знакомой детям жизненной ситуации. На первой картинке – идет снег, дети одеты в зимнюю одежду, ловят снежинки; на второй – дети катают снежный ком; на третьей – мальчик катает маленький ком для головы, а двое ребят ставят один ком на другой; на четвертой – дети слепили снеговика, вместо шапки надевают на него ведро.

Проведение обследования: ребенку предлагают рассмотреть картинки и говорят: «Подумай, как составить рассказ по этим картинкам». Если ребенок затрудняется, то взрослый уточняет: «Разложи картинки так, чтобы получился рассказ, в котором есть начало, продолжение и окончание».

После выполнения задания (независимо от того, соблюдена ли правильная последовательность событий или нет) оценку действиям ребенка не дают, ему предлагают составить рассказ по серии сюжетных картинок. В процессе рассказывания ребенок может менять картинки местами.

Оценка результатов: понимание единого сюжета в этой серии картинок; учет временной и логической последовательности; способность передавать сюжет и последовательность событий в своем рассказе.

1 балл – ребенок не принимает задание; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание; раскладывает картинки, не ориентируясь на последовательность событий; после оказания помощи не объединяет их в общий сюжет.

3 балла – ребенок задание принимает; раскладывает картинки с учетом последовательности событий; в некоторых случаях требуется только первый вид помощи, но самостоятельно рассказать о действиях не может.

4 балла – ребенок задание принимает; самостоятельно раскладывает картинки с учетом последовательности событий и составляет рассказ.

Методика «Дорисуй»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития наглядно-образного мышления, воссоздающего воображения.

Оборудование: на одном листе – четыре круга, на другом – шесть полукругов, нарисованных в ряд на некотором расстоянии друг от друга; набор цветных фломастеров или карандашей.

Проведение обследования: сначала ребенку дают один лист с изображением четырех кругов и просят их дорисовать так, чтобы получились четыре разных предмета. Затем предлагают другой лист с изображением шести полукругов и просят нарисовать их так, чтобы получилось шесть разных предметов.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, отношение (заинтересованность) к выполнению задания, анализ рисунков.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает условия задания; после обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, но условия задания не понимает.

3 балла – ребенок принимает и понимает цель задания; может нарисовать три или четыре предмета.

4 балла – ребенок принимает и понимает цель задания; рисует шесть предметов.

Методика «Расскажи» (сюжетная картинка «В лесу».)

Цель: задание направлено на выявление уровня развития элементов логического мышления, умений воспринять целостную ситуацию, изображенную на картинке, устанавливать причинно-следственные связи между изображенными объектами и явлениями.

Оборудование: сюжетная картинка «В лесу».

Проведение обследования: ребенку предлагают рассмотреть сюжетную картинку, а затем составить по ней рассказ. В случае затруднений ему предлагают ответить на ряд последовательных вопросов: «Какое время года изображено на картинке? Куда пришли дети? Зачем дети пришли в лес? Кто пришел в лес с детьми? Что здесь произошло?» Уточняющие вопросы позволяют ребенку рассмотреть объекты и ситуацию, понять причинно-следственную зависимость.

Оценка результатов: принятие и понимание задания; умение самостоятельно понять сюжет и составить рассказ; способность устанавливать причинно-следственные зависимости; умение использовать помощь взрослого, результат.

1 балл – ребенок не понимает цель задания; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание; перечисляет предметы и объекты, изображенные на картинке, однако не понимает динамики события; на уточняющие вопросы отвечает неадекватно; основной сюжет изображенного события не понимает.

3 балла – ребенок принимает задание, но без помощи не может воспринять целостную ситуацию, изображенную на картинке; после уточняющих вопросов отвечает правильно, но самостоятельно составить рассказ не может.

4 балла – ребенок принимает задание и понимает целостность ситуации, изображенной на картинке; сам составляет рассказ.

Методика «Звуковой анализ слова»

Цель: задание направлено на выявление умения ребенка принимать новые познавательные задачи, связанные с учебной деятельностью.

Проведение обследования: взрослый говорит ребенку: «Я тебе назову слово, а ты посчитай, сколько там звуков». Называет слово «дом» и спрашивает: «Сколько там звуков?» После этого называет слова «стена», «хвост» и спрашивает: «Какой звук второй? Назови третий, первый, четвертый, пятый звуки».

Обучение: если ребенок не может сказать, сколько звуков в слове «дом», взрослый медленно произносит каждый звук и считает их: «Д – один звук, о – два, м – три. В этом слове – три звука. А теперь посчитай, сколько звуков в слове кот». Другие слова в этих случаях для анализа не предлагаются.

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, умение анализировать слова, обучаемость.

1 балл – ребенок не принимает и не понимает условия задания.

2 балла – ребенок принимает задание, но условия задания не понимает; ответы носят неадекватный характер; в условиях обучения отвечает адекватно, но после обучения самостоятельно с заданием не справляется.

3 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; самостоятельно задание выполняет только после обучения.

4 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; самостоятельно справляется с его выполнением.

Методика «Продолжи ряд»

Цель: задание направлено на выявление уровня развития готовности руки к письму, умение ребенка принять задание и проанализировать образец.

Оборудование: лист бумаги, на котором представлены три образца письменных заданий: на 1-й строчке – четыре палочки; на 2-й строчке – палочки и крючочки; на 3-й – треугольники; ручка.

Проведение обследования: ребенка просят написать на листе бумаги те элементы букв, которые даны в образце, ему говорят: «Продолжай писать».

Оценка действий ребенка: принятие и понимание задания, анализ образца, умение писать по образцу.

1 балл – ребенок не принимает задание; в условиях обучения действует неадекватно.

2 балла – ребенок принимает задание, однако не может написать по образцу; пишет только некоторые элементы образцов, не учитывая их последовательности, не соблюдая строчки.

3 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; может написать некоторые образцы, однако принцип чередования элементов при написании не учитывает.

4 балла – ребенок принимает и понимает условия задания; справляется с заданием без ошибок.

Методика «Узнавание фигур» (Тест Бернштейна.)

Цель: задание направлено на проверку уровня развития памяти.

Оборудование: две таблицы с геометрическими фигурами.

Проведение обследования: ребенку предлагают таблицу с геометрическими фигурами, время показа 10 секунд. Ему говорят: «Запомни эти фигуры». После показа первой таблицы ребенку предъявляют другую, на которой фигуры-эталонны разбросаны среди множества разных фигур. Его просят найти среди них те геометрические фигуры, которые он видел в первой таблице.

Оценка действий ребенка: очень высокий результат – девять фигур узнаны верно, норма – семь-восемь фигур, низкий результат – шесть фигур, очень низкий – меньше шести фигур.

1 балл – ребенок не принимает задание.

2 балла – ребенок принимает задание, однако может опознать в другой таблице не более двух-трех фигур.

3 балла – ребенок принимает и понимает задание; может опознать четыре-пять фигур.

4 балла – ребенок принимает и понимает задание; узнает семь-девять фигур в другой таблице.

По итогам комплексной психолого–педагогической диагностики ребёнка с детским церебральным параличом разрабатывается индивидуальный образовательный маршрут.

**Образец индивидуального маршрута развития ребенка
дошкольного возраста с детским церебральным параличом**

Ф.И. ребенка _____

Возраст ребенка _____

Психологическое представление на ребенка дошкольного возраста

1. Эмоционально-волевая сфера.

Особенности вступления в контакт, в совместную деятельность со взрослым, преобладающее настроение, адекватность поведения, произвольность поведения, поведение при возникновении трудностей, реакция на успех и неуспех, формирование правильного поведения в коллективе, расторможенность, импульсивность, проявления агрессии (вербальной, невербальной), познавательная активность, самоконтроль, умение планировать свою деятельность, умение работать длительно и целенаправленно, доведение дела до конца, формирование мотивации деятельности, особенности общения (использование речи, жестов, мимики для общения). Особенности развития личности - усвоение моральных норм, подчинение своих поступков моральным и этическим нормам, появление самосознания, появление привычек, особенности характера.

2. Развитие познавательной сферы (чувственное познание)

Обучаемость: использует помощь взрослого, осуществляет перенос показанного способа действия на аналогичные задания, переходит от более низкого способа выполнения заданий к более высокому.

Способы выполнения: действие силой (допустимо до 3,5 лет), перебор вариантов, целенаправленные пробы (допустимы до 5 лет), зрительное соотнесение (с 6 лет обязательно).

Отношение к неудаче: неудачу оценивает (замечает неправильность своих действий, исправляет ошибки).

Характер деятельности: наличие мотивации к деятельности.

Восприятие (перцептивные действия): сравнение с эталоном при исследовании (ощупывание, обведение взглядом, выслушивание) – работает

по образцу, выделяет цвет, форму, величину, материал, устанавливает пространственные отношения на мыслительном плане (зрительно); пятый год жизни – усвоение многих сенсорных эталонов – бессистемно; шестой и седьмой годы жизни – усвоение системы эталонов, способность к обобщению, овладение словом-названием; целостное восприятие предмета и деление его на части (узнавание по отдельной части целого предмета), темп восприятия.

Внимание: произвольность, умение сосредоточиться на задаче, устойчивость, переключаемость, распределение, характер отвлекаемости.

Память: объем зрительной, слуховой (кратковременной), полнота отсроченного воспроизведения.

Мышление:

- наглядно-действенное: компоненты мыслительной деятельности – определение цели, анализ условий, выбор средств достижения, ориентировка в условиях практических задач, самостоятельность нахождения выхода в проблемной ситуации (преобразовывает свой прошлый опыт, находит новые пути его использования);
- наглядно-образное (основное): задачу решает не практически, а в уме (из частей целое), анализ объекта, выделение главного, оперирование образами; речь фиксирует образы-представления, появление слова-заместителя, вспомогательная роль речи (оценивает собственные действия, результат, планирует действия, привлекает прошлый опыт);
- наглядно-логическое – формирование элементов.

3. Развитие деятельности. Игра – возникновение сюжета, в центре внимания ребенка отношения людей, использование предмета-заместителя, совместная деятельность.

Продуктивная деятельность.

Рисование – изображения предмета примитивные, схематичные, отражение частей, значимых для ребенка, человек – головоног – к началу четвертого года жизни.

Изображение сюжета, ситуации: использование цвета как средства изображения и передачи эмоций, настроения: использование всего пространства листа, отделение главного от второстепенного, вычленение контура, восприятие цвета, целостное изображение предмета.

Лепка – восприятие объема.

Конструирование и аппликация – использование готовых форм, пространственные отношения, конструирование по образцу.

4. Развитие крупной и мелкой моторики. Согласованность действий обеих рук, ведущая рука, зрительно-двигательная координация.

5. Развитие речи. Слово направляет деятельность, но наравне с наглядным способом передачи опыта; вычленение не только цели, но и способа ее достижения, речь ребенка из сопровождающей переходит в фиксирующую, планирующую.

6. Новообразования. В 3,5 года осваивает конструирование, появляются элементы планирования, сюжетно-ролевой игры с предметами (сверстниками). Эмоционален, самолюбив, обидчив, радостен, печален, доброжелателен, враждебен, завистлив, способен к сочувствию.

В 4 года способен понять то, что не видел сам, но о чем ему рассказывали. Сочиняет простой, но достаточно подробный рассказ по картинке. Осмысленно заканчивает начатое взрослым предложение. Способен к обобщению и подведению под понятие. Основные вопросы нормативного ребенка – почему? А у детей с задержкой психического развития – что? где? куда? Сюжетно-ролевая игра со сверстниками. Может заниматься одним делом до 40-50 минут.

В 4,5 года способен ставить цель и планировать ее достижение. Задает вопрос – зачем?

В 5 лет называет свою фамилию, имя, отчество, возраст, адрес, транспорт, идущий к дому; умеет пользоваться конструктором; собрать игрушку по схеме; нарисовать человека со всеми частями тела.

В 6-7 лет пишет свое имя, не переворачивая букв; раскладывает цифры от 1 до 9 в правильном порядке; способен заметить, какие цифры отсутствуют, если убрали две из них; доступен смысл простых пословиц и поговорок; легко видит сюжетную связь картинок и составляет по ним рассказ; без затруднений обобщает и вычленяет предметы; решает простые арифметические задачи; знает много игр, умеет выдумывать сюжет; ориентируется в пространстве, времени (вчера, сегодня, завтра), в отношениях между людьми; изображая человека, рисует шею между головой и туловищем, одежду, обувь.

7. Заключение педагога-психолога (психологическое развитие соответствует возрастной норме; ниже нормы; развитие опережает возрастную норму).

Логопедическое представление дошкольного возраста ребенка

1. Особенности строения и подвижности артикуляционного аппарата.
 2. Состояние дыхательной и голосовой функции.
 3. Звукопроизношение.
 4. Фонематическое восприятие.
 5. Состояние словаря.
 6. Грамматический строй речи.
 7. Связная речь.
 8. Предварительное логопедическое заключение.
- Цель индивидуального маршрута развития ребёнка с детским церебральным параличом.
 - Задачи индивидуального маршрута развития ребёнка с детским церебральным параличом.
 - Условия реализации индивидуального маршрута развития ребёнка с детским церебральным параличом.
 - Содержание индивидуального маршрута развития ребёнка

Период: _____

Диагностический этап

Психологическое сопровождение

Цель _____

Задачи _____

Логопедическое сопровождение

Цель _____

Задачи _____

Аналитический этап

Цель – определение задач коррекционно-развивающей работы с ребенком с детским церебральным параличом, а также планирование работы с педагогами и родителями, каждым специалистом.

Медицинское сопровождение _____

Психологическое сопровождение _____

Логопедическое сопровождение _____

Педагогическое сопровождение _____

Музыкальное сопровождение _____

Физическое сопровождение _____

Стратегический этап

Психологическое сопровождение:

- Направления работы с ребенком;
- Направления работы с педагогами;
- Направления работы с родителями.

Логопедическое сопровождение:

- Направления работы с ребенком;
- Направления работы с педагогами;
- Направления работы с родителями.

Результаты индивидуальной коррекционно-развивающей работы.

Психологические _____

Логопедические _____

И др. _____

Выводы и рекомендации по эффективности _____

Перспективный план индивидуальной работы
с Ивановым Иваном
на 2014-2015 учебный год.

Развитие общей и мелкой моторики

Развивать движение кистей и пальцев рук, учить произвольно регулировать скорость движений, действуя по подражанию: одной рукой; одновременно двумя руками; развивать мелкие движения пальцев на каждой руке, действуя по подражанию взрослому, самостоятельно застегивая и расстегивая пуговицы, работая со шнурком.

Развитие внимания, памяти

Работать над развитием кратковременной и долговременной памяти; учить запоминать предметы, предметные картинки, начиная с 4-5 картинок; учить выразительно передавать содержание потешек, стихов, песенок; развивать процессы внимания (концентрация и устойчивость).

Сенсорное воспитание

Формировать образы восприятия, учить запоминать и называть предметы и их свойства; работать над развитием зрительного восприятия и внимания; уточнять представление о предметах, о пространственном соотношении частей; учить выделять части и соединять их в целое; учить складывать разрезную картинку из четырех частей; учить различать формы в процессе конструирования.

Формирование мышления

Продолжать знакомить с проблемно-практическими ситуациями, учить анализировать эти ситуации, формировать практические способы их решения; формировать целостное восприятие ситуаций, изображенных на картинках; обучать выявлять связи между персонажами и объектами, изображенными на картинках; формировать умения рассуждать, делать вывод и обосновывать суждение; учить соотносить текст с соответствующей иллюстрацией.

Ориентировка в окружающем пространстве

Формировать восприятие пространственного местоположения звучащего предмета и ориентировку в пространстве знакомого помещения; учить находить и располагать игрушки в групповой комнате по словесной инструкции педагога; продолжать знакомить с предметами ближайшего окружения; способствовать появлению обобщений: игрушка, посуда, мебель, одежда, обувь; формировать умение ориентироваться в ближайшем окружении; формировать интерес к изучению объектов живой и неживой природы; формировать временные представления: зима-лето-осень-весна.

Учитель-дефектолог _____ /Ф.И.О./

Календарно-тематическое планирование
с Ивановым Иваном на 2014-2015 учебный год

| Направление коррекционной работы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------|--------|--------|--------|--------|
| | неделя | неделя | неделя | неделя | неделя |
| Число | | | | | |
| Развитие внимания, памяти | Название игр | | | | |
| Развитие общей и мелкой моторики | | | | | |
| Зрительное воспитание | | | | | |
| Слуховое восприятие | | | | | |
| Тактильно- двигательное восприятие | | | | | |
| Наглядно-образное мышление | | | | | |
| Ознакомление с окружающим | | | | | |
| ФЭМП | | | | | |

Заключение об эффективности коррекционного воздействия

Учитель-дефектолог _____ /Ф.И.О./

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЦП В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Вариант инклюзивного воспитания или обучения в процессе которого происходит педагогически коррекция зависит от сложности дефекта (различной степени тяжести патологии опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушениями интеллекта, речи, слуха, зрения и т.д.). Для детей, страдающих ДЦП, эти варианты регламентируются стандартом образования для детей с двигательной патологией, который включает государственный стандарт дошкольного образования с различными вариантами образовательных программ.

В компенсаторно-адаптационной образовательной области модели инклюзивного образования учитывается специфика контингента дошкольников. Ее содержание направлено на коррекцию психо-физического развития личности, создание компенсаторного и социально-адаптационного способов деятельности. Это выражается в сочетании образовательной и лечебной работы, организации ортопедического охранительного режима, реализации методик, направленных на коррекцию индивидуального развития с учетом личностного потенциала ребенка.

Специфика организации и содержания коррекционной работы в системе инклюзивного образования может способствовать созданию наиболее благоприятных условий для осуществления коррекционно-восстановительных мероприятий по формированию высших корковых функций (речи, пространственно-временных представлений, стереогнозиса) и разных видов деятельности (манипулятивной, предметно-практической, навыков самообслуживания и др.).

В зависимости от эффективности обучения на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической консультации, решения медико-педагогической комиссии и педагогического совета, согласия родителей могут изменяться варианты образовательных программ.

В раннем дошкольном возрасте (1–3 года) ведущей формой деятельности является предметно-манипулятивная, в процессе которой ребенок овладевает навыками действия с предметами и начальными способами общения с окружающими. Основными задачами в этот период являются формирование локомоторно-статических функций, стимуляция речевого и предметно-действенного общения с окружающими, соединение чувственного восприятия объектов, их свойств со словесным обозначением на основе предметно-практической деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, закрепление связи между словом, предметом и действием. На этом же возрастном этапе начинают формировать навыки гигиены, санитарии и самообслуживания.

Основными задачами в дошкольном возрасте от 3 до 7 лет являются развитие познавательной деятельности, коррекция речевых и двигательных нарушений. Ведущая форма деятельности – игровая, в процессе которой формируется общение со сверстниками, осуществляется коррекция нарушенных функций, обучение навыкам самообслуживания и гигиены. В этот период развивается речь, зрительно-моторная координация, формируются пространственные и временные представления, расширяется запас знаний и представлений об окружающем мире, формируются основные понятия, необходимые для усвоения счета. Также большое внимание уделяется тренировке функциональных возможностей кисти, что необходимо для овладения навыком письма.

В настоящее время существуют три варианта дошкольных образовательных программ для детей с ДЦП, имеющих коррекционно-реабилитационную направленность.

Вариант А

Вариант А может быть рекомендован детям с нормальным интеллектом и с легкими формами ДЦП, имеющим легкие двигательные нарушения, выражающиеся в снижении способности совершать движения и действовать руками (на уровне трудностей в деятельности), легкие речевые нарушения, выражающиеся в снижении способности разговаривать. Этот вариант предполагает воспитание по программе для детских садов общего типа в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта.

В соответствии с требованиями ФГОС ДО каждая дошкольная образовательная организация самостоятельно разрабатывает образовательную программу дошкольной образовательной организации и соответственно адаптивную образовательную программу в том случае, если в дошкольной образовательной организации созданы условия для инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья. При разработке программ в обязательном порядке учитываются возрастные характеристики воспитанников. Современные программы охватывают четыре возрастные ступени физического и психического развития детей: ранний возраст – от рождения до двух лет (первая и вторая группы раннего возраста), младший дошкольный возраст – от двух до четырех лет (первая и вторая младшие группы), средний возраст – до пяти лет (средняя группа), старший дошкольный возраст – от 5 до 7 лет (старшая и подготовительная к школе группы).

Умственное воспитание предусматривает развитие у детей в процессе игровой, учебной, трудовой деятельности внимания, воображения, мышления, речи, формирование способов умственной деятельности. В подготовительной к школе группе предусматривается подготовка детей к обучению грамоте, развитию элементарных математических представлений, логического мышления, пространственных представлений.

Физическое воспитание предусматривает охрану и укрепление здоровья, особенно нервной системы ребенка, физическое развитие, воспитание интереса к различным доступным ребенку видам двигательной деятельности, формирование положительных нравственно-волевых черт личности.

В процессе трудового воспитания осуществляется развитие у детей (с учетом возрастных особенностей и возможностей двигательной сферы) интереса к труду, воспитание навыков элементарной трудовой деятельности, трудолюбия через ознакомление детей с трудом взрослых и через непосредственное участие в посильной трудовой деятельности. К семи годам дети должны овладеть навыками самообслуживания, работы с разными материалами, работы в уголке природы и на участке.

Эстетическое воспитание предусматривает воспитание любви к прекрасному, обогащение духовного мира, развитие воображения, чувств, умений рисования, лепки, аппликации, певческих умений в процессе знакомства с разными видами искусства, с окружающей действительностью. Дети с легкими формами ДЦП, имеющие отклонения в развитии и посещающие детские сады общего типа, получают дополнительную коррекционную помощь логопеда, психолога, они посещают занятия лечебной физкультуры.

Вариант Б

Вариант Б может быть рекомендован детям с нормальным интеллектом или с задержкой психического развития или с легкой умственной отсталостью, с более выраженными формами ДЦП, имеющим: умеренные двигательные нарушения, выражающиеся в снижении способности совершать движения и снижении способности действовать руками (тяжесть ограничения жизнедеятельности на уровне деятельности при помощи вспомогательных средств и деятельности при содействии других), речевые нарушения различной степени выраженности, Этот вариант

соответствует программе дошкольного воспитания для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Коррекционно-педагогический процесс включает две ступени.

На 1-ой ступени – пропедевтической (от 2 до 4 лет) – осуществляется адаптация ребенка в дошкольном учреждении, первичная диагностика психического развития, составляются и реализуются планы индивидуального развития и проводится пропедевтическая работа к усвоению программы второй ступени.

Предпосылками к усвоению программы второй ступени являются:

- создание положительной установки на посещение яслей-сада;
- активное включение ребенка в коррекционно-педагогический процесс;
- создание психологической основы развития различных видов деятельности: развитие психических процессов (ощущений, восприятия, внимания, речи, памяти, воображения, мышления), формирование функций отображения, передвижения, манипулирования, имитирования, соотнесения, обозначения, осмысления, замещения;
- формирование первичных умений и навыков разных видов деятельности: общения, игры, познавательной деятельности, творчества, самообслуживания.

На второй основной ступени (от 4 до 7 лет) реализуются задачи коррекционного воспитания и формируется готовность к школьному обучению.

Коррекционная работа осуществляется поэтапно с использованием методик, соответствующих степени выраженности физического и умственного дефекта, и имеет следующие направления:

- формирование умственной деятельности детей;
- развитие памяти (зрительной, слуховой, моторной, слухо-речевой, логической, при этом наиболее развитый вид памяти должен служить опорой для подтягивания остальных);

- развитие мелкой моторики, влияющей не только на возможность управлять движениями пальцев, но и на развитие речи, произвольности поведения, умение заниматься рисованием, лепкой, аппликацией;
- развитие крупной моторики, необходимой для уменьшения двигательных нарушений;
- развитие пространственного мышления;
- развитие речи.

Логопедическая работа начинается с определения речевой патологии. Коррекция направлена на развитие слухового восприятия, фонематического и речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, их автоматизация, проводятся дыхательные голосовые упражнения. Важной задачей является расширение словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказов и т.д.

Физическое воспитание детей с ДЦП решает задачи укрепления здоровья, коррекции и компенсаций дефектов двигательного развития и включает систему упражнений обучению правильному дыханию, по коррекции позвоночных реакций, для расслабления мышц, для развития координации движений, для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности, равновесия, правильной пространственной ориентации и точности движений. Занятия направлены на мобилизацию всех двигательных возможностей детей для коррекции дефектов моторики с целью оптимального формирования основных локомоторно-статических функций и развития двигательных функциональных систем, на коррекцию дефектов, препятствующих возрастному формированию сложных двигательных функций, и создание условий для оптимального формирования.

В процессе коррекционной работы используются: креативная терапия, музыкотерапия, игротерапия, сказкотерапия, методы системы Монтессори, кондуктивной педагогики.

Вариант В

Третий вариант может быть рекомендован детям с умственной отсталостью различной степени выраженности, с тяжелыми формами ДЦП, имеющим двигательные нарушения от умеренных до тяжелых, выражающиеся в снижении способности совершать движения и снижении способности действовать руками (тяжесть ограничения жизнедеятельности проявляется на уровне возможности деятельности только при содействии других), в сочетании с речевыми нарушениями различной степени выраженности. Этот вариант соответствует программе дошкольного воспитания детей с тяжелыми психо-неврологическими заболеваниями.

Воспитание предусматривает коррекцию умственного, речевого, физического развития ребенка с учетом нарушения интеллекта и психического развития ребенка.

Программа опирается на сложившиеся представления о структуре дефекта умственно - отсталого ребенка, где на первый план выступает нарушение интеллектуальной деятельности и возникающие на этом фоне вторичные отклонения, которые заключаются в недоразвитии эмоционально-волевой сферы, нарушении поведения и др. Основные задачи коррекционного воспитания по данному варианту:

- организация интеллектуального и личностного развития детей с учетом коррекции нарушений развития и индивидуальных особенностей;
- социально-бытовая адаптация (формирование способности к сотрудничеству со взрослыми и детьми в игре и другой совместной деятельности, формирование гигиенических и бытовых навыков, навыков самообслуживания);
- развитие мелкой и крупной моторики;
- развитие речи.

Трудовое воспитание проводится по направлениям: самообслуживание, хозяйственно-бытовой труд, труд на природе, ручной

труд. В первые два года особое внимание уделяется формированию культурно-гигиенических навыков и обучению самообслуживанию. На третьем-четвертом годах – хозяйственно-бытовому труду, труду на природе, ручному труду.

Умственное воспитание предусматривает развитие в процессе коррекционно-образовательной, игровой, трудовой деятельности первоначальных представлений о форме, величине, количестве, счете, временных и пространственных отношениях. Во время занятий по формированию элементарных математических представлений дети учатся пересчитывать предметы, объединять их, разъединять, увеличивать и уменьшать группы предметов, сравнивать их по величине и форме.

Работа по развитию речи направлена на развитие слухового восприятия, фонематического и речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, их автоматизация, проводятся дыхательные голосовые упражнения, направленные на коррекцию недостатков произношения, нарушений голоса.

Физическое воспитание решает задачи укрепления здоровья, коррекции и компенсации дефектов двигательного развития. Занятия направлены на мобилизацию всех двигательных возможностей детей, для коррекции дефектов моторики с целью оптимального формирования основных локомоторно-статических функций и развития двигательных функциональных систем, на коррекцию дефектов, препятствующих возрастному формированию сложных двигательных функций, и создание условий для их оптимального формирования.

Занятия по эстетическому воспитанию (музыкальные занятия, рисование, лепка, аппликация) направлены на развитие способности адекватно воспринимать окружающий мир.

В процессе коррекционной работы используются: креативная терапия, музыкотерапия, игротерапия, сказкотерапия, методы системы Монтессори, кондуктивной педагогики.

Развитие двигательных функций

Важно помнить, что развитие двигательных навыков у детей с двигательной патологией, так же, как и у здоровых, происходит поэтапно и требует большего времени и терпения со стороны взрослого. Воспитание двигательных навыков у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата должно происходить в виде интересных и понятных для них игр. Все предъявляемые ребенку задания должны соответствовать его двигательным возможностям.

Наряду с проведением специальных упражнений очень важно помнить о правильном положении ребенка в течение дня. Недопустимо, чтобы он сидел в течение длительного времени с согнутыми ногами. Особенно это вредно, если ребенок плохо держит голову и она при утомлении опускается на грудь. Это приводит к стойкой неправильной позе, способствует укорочению задних мышц бедра и может быть причиной сгибательных контрактур. Чтобы этого избежать, ребенка следует сажать на стул так, чтобы ноги были выпрямлены, в течение дня его несколько раз укладывают на живот.

У многих детей отмечается напряжение (спастичность) приводящих мышц бедер. Чтобы избежать укорочения этих мышц и развития контрактур, ребенка надо сажать в течение дня в положение портного, с маленьким песочным мешочком на каждом колене. Для этого посадить ребенка на коврик, скрестив ноги, туловище, голова и шея по возможности должны находиться на одной прямой линии. Ладони спокойно положить на колени. Следить, чтобы ребенок смотрел прямо перед собой. Важно, чтобы дыхание было спокойным и глубоким. Ребенок может находиться в таком положении в течение 1 – 5 минут, затем необходимо дать ему отдохнуть, вытянув ноги вперед.

Для развития двигательных умений воспитателю хорошо использовать различные наборы замков, кранов, а также телефоны, с помощью которых взрослый обучает ребенка действию: открыть и закрыть замок (разные виды

замков – разные движения), открывать и закрывать краны, крутить телефонный диск, поднимать трубку. При помощи имитации обучать таким действиям, как включить, выключить и переключить телевизор, приемник, свет и т.д. Такие занятия ребенку очень интересны, а при наличии заинтересованности ребенок быстрее овладевает тем или иным действием. Перед поступлением в школу нужно потренировать детей в устойчивости при ходьбе по лестнице вверх и вниз, при поворотах, наклонах.

Методика физического воспитания детей с ДЦП

Физическое воспитание детей с ДЦП решает задачи укрепления здоровья воспитанников, коррекции и компенсации дефектов двигательного развития и включает следующую систему упражнений:

1. Блок упражнений на обучение правильному дыханию.
 - Формирование плавного и длительного выдоха.
 - Формирование углубленного вдоха. Задание: «Понюхай цветок».
 - Переход от образных упражнений к общепринятым инструкциям: «вдох-выдох» (под счет).
 - Одновременно идет работа по ознакомлению детей с различными типами дыхания: диафрагмальное (брюшное), реберное (грудное), смешанное.
2. Блок упражнений на обучение правильному дыханию в движении.
 - Упражнения по коррекции позвоночных реакций.
 - Упражнения для расслабления мышц.
 - Упражнения для развития реципрокных отношений в координации движений.
 - Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности.
 - Упражнения для формирования равновесия.
 - Упражнения для формирования правильной осанки.

- Упражнения для формирования пространственной ориентации и точности движений.

Методика лечебной физкультуры

Лечебная физкультура (ЛФК) – один из основных компонентов учебно-воспитательной работы при различных двигательных нарушениях у детей с ДЦП – в системе инклюзивного образования направлена на мобилизацию всех двигательных возможностей учащихся, для коррекции дефектов моторики с целью оптимального формирования основных локомоторно-статических функций и развития двигательных функциональных систем. Специфика упражнений, применяемых в коррекционно-воспитательной работе с детьми, заключается в систематизации упражнений для каждого вида занятий.

Общие правила, предъявляемые к упражнениям ЛФК:

- применение физических упражнений и методических приемов должно быть патогенетически обосновано;
- занятия проводятся на фоне медикаментозного лечения, физиотерапевтических процедур и т.д.;
- занятия проводятся систематически и в течение длительного периода;
- проводится поэтапная коррекция двигательных нарушений на протяжении всего периода пребывания ребенка в дошкольном учреждении при формировании каждого нового вида движений и др.

Специальные задачи:

- нормализация тонуса мышц, обучение подавлять усиленное проявление познотонических реакций, патологических синергии, синкинезий, гиперкинезов;
- содействие становлению и оптимальному проявлению статико-кинетических рефлексов;

- предупреждение и активное преодоление патологических установок конечностей, вызывающих фиксированные деформации в суставах;
- восстановление мышечного чувства, «схемы тела», пространственных представлений.

При ДЦП страдает не столько функция отдельной мышцы как таковой, сколько целостные двигательные функциональные системы, которые формируются прижизненно и имеют исключительное значение в жизнедеятельности человека. Поэтому занятия ЛФК должны быть направлены на коррекцию дефектов, препятствующих возрастному формированию сложных двигательных функций, и создание условий для их оптимального формирования.

Игры, используемые в коррекционных целях:

1. Игры, направленные на восстановление внимания и памяти;
2. Игры, направленные на развитие пространственной ориентировки;
3. Игры, направленные на воспитание выдержки и умения выполнять свои движения по сигналу;
4. Игры, направленные на развитие движений пальцев рук.

Формирование навыков самообслуживания

У многих детей с двигательной патологией нарушены движения рук, поэтому развитие общих и более тонких ручных навыков требует специальных занятий в условиях инклюзивного обучения. Развитие ручных навыков необходимо проводить как в игровой деятельности, так и в повседневной жизни при воспитании навыков самообслуживания. Развитие ручных навыков надо вести постепенно, поэтапно. На первом этапе важно научить ребенка произвольно брать и опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, укладывать в определенное место, выбирать предметы в зависимости от размера, веса, формы, соразмеряя свои двигательные усилия.

Важной задачей является обучение ребенка самостоятельному приему пищи. Эту работу надо начинать с привития навыка подносить свою руку ко

рту, затем брать хлеб и подносить его ко рту; брать ложку, самостоятельно есть (вначале густую пищу); держать кружку и пить из нее. При обучении самостоятельному приему пищи на первых занятиях надо использовать небьющиеся чашки и тарелки.

Очень важно обучить ребенка различным действиям во время одевания. Эти занятия лучше проводить в игровой форме на специальной раме. Вначале надо научить ребенка расстегивать большие пуговицы, затем мелкие. В такой же последовательности научить его зашнуровывать и расшнуровывать ботинки. Потом все эти навыки закрепляют в играх на кукле (раздевать, одевать ее) и после закрепления переносят их на самого ребенка. После таких игр-упражнений у ребенка появляется стремление к самостоятельной деятельности.

Ребенок с нарушением опорно-двигательного аппарата, поступающий в школу, должен уметь самостоятельно раздеваться, одеваться, расстегивать и застегивать пуговицы, расшнуровывать и зашнуровывать ботинки, застегивать или завязывать шапку, пользоваться ложкой, носовым платком, зубной щеткой, расческой, умываться, мыть руки, вытираться.

Развитие игровой деятельности

Большое значение в воспитании ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата имеет руководство взрослого его самостоятельной игрой. Руководить игрой ребенка с двигательной патологией очень сложно, и от воспитателей требуются определенные знания. Игры требуют соблюдения дисциплины. Надо стремиться к тому, чтобы взаимопонимание, взаимопомощь стали привычными формами поведения ребенка. Именно в игре дети получают первый опыт общения друг с другом, у них развиваются общественные формы поведения.

Важно развивать у детей и творческое отношение к игре. Творческая игра имеет в своей основе условное преобразование окружающего. Основная задача руководства данной игрой состоит в том, чтобы содействовать

устойчивости замысла, развитию его в определенном сюжете. Надо следить за тем, чтобы игра ребенка не представляла простого механического действия.

Важно обратить внимание на подбор игрушек. Наиболее подходят игрушки, которые пригодны для разнообразного использования. Необходимо помнить, что игры и деятельность должны подбираться в зависимости от реальных возможностей ребенка.

Руководство игровой деятельностью

Игра является социальной по своему происхождению и развивается под влиянием окружающих взрослых как форма усвоения общественного опыта.

Задачи игры: обучение правильным взаимоотношениям; развитие творческого воображения (руководство взрослого заключается в содействии устойчивости замысла, развитию его в определенном сюжете).

Коррекция речевых нарушений

Развитие артикуляционных движений и речи у детей с церебральным параличом необходимо начинать как можно раньше, так как первые два года жизни имеют важное значение. Если ребенок не говорит, то мать и все окружающие должны как можно больше разговаривать с ним – тогда постепенно у ребенка растет словарный запас.

Необходимо проводить систематические занятия по развитию речи и постоянно побуждать детей произносить те или иные слова, строить элементарные фразы.

I. Логопедическая работа при различных формах дизартрии у дошкольников с церебральным параличом

Система логопедической работы при спастической дизартрии

Эта система включает в себя следующие основные направления:

1. Нормализацию тонуса в артикуляционном аппарате, мимической мускулатуре и конечностях.
2. Развитие и формирование кинестетического контроля.
3. Формирование слухового контроля за произношением и развитием фонематического анализа.
4. Нормализация проприоцептивной дыхательной мускулатуры.
5. Формирование речевого навыка вне фонации.
6. Формирование синхронности речевого дыхания и голосоподачи.
7. Коррекция нарушений звукопроизношения.

Система логопедической работы при коррекции гиперкинетической дизартрии

В проведении коррекционной работы на индивидуальных занятиях выделяется несколько основных этапов:

1. Подбор для больного ребенка позы, при которой количество и интенсивность произвольных движений были бы минимальны.
2. Обучение ребенка удерживать мышцы лица в состоянии покоя с использованием способности к самоторможению гиперкинеза на основе обучения расслаблению мышц.
3. Обучение речевому дыханию при беззвучной артикуляции.
4. Выработка правильного речевого дыхания при фонации гласных А, И, У, тренировка умения сочетать выдох с моментом голосообразования.
5. Постановка звуков.
6. Выработка плавного произношения и правильной интонации.

Система логопедической работы при мозжечковой дизартрии

1. Формирование правильного дыхания.
2. Работа над голосом.
3. Развитие тембра голоса.
4. Работа по развитию интонации.

II. Логопедическая работа при алалиях

Система логопедической работы при сенсорной алалии

1. Развитие слуха.
2. Развитие фонематической системы.
3. Дыхательно-голосовая работа.
4. Постановка звуков.
5. Формирование словаря.

Система логопедической работы при моторной алалии

1. Развитие и формирование фонематического восприятия.
2. Дыхательная, голосовая, артикуляционная гимнастика.
3. Работа по развитию устной речи.

III. Логопедическая работа с детьми, страдающими гиперкинезами

Логопедическая работа с детьми, страдающими гиперкинезами строится на основе:

- онтогенетического, последовательного, поэтапного формирования всех сторон речи;
- системного подхода к характеру нарушения речи и ее формированию;
- формирования коммуникативной функции речи как регулятора психической деятельности детей.

Задачей логопедической работы является развитие коммуникативной функции речи, коррекция фонетико-фонематических нарушений, преодоление и предупреждение нарушений письменной речи. Для разрешения этих задач необходимо следующее:

- нормализация проприоцептивной афферентной импульсации как от речевой, так и от скелетной мускулатуры;
- развитие кинестетических ощущений и кинестетических следствий образа в артикуляционной мускулатуре;
- опора на зрительно-кинестетическую основу графемы;

- развитие ритмического, произвольного дыхания;
- развитие динамического артикуляционного праксиса.

У детей с гиперкинетическими формами церебрального паралича важно развивать динамический праксис не только в артикуляционной мускулатуре, но и в руках. Для этого используются упражнения на последовательность движений рук в произвольном темпе, исправление недостатков произношения фонем.

Этот этап работы является наиболее сложным и требует описанной выше подготовительной работы.

Исправление недостатков произношения фонем осуществляется последовательно, вначале отрабатываются наиболее легкие для произношения звуки.

С первых же занятий начинается сравнение звуков на слух, по артикуляции, тактильно-кинестетическому и зрительному восприятию.

Исправление недостатков произношения у детей с гиперкинезами делится на два этапа:

I этап: формирование возможности воспроизводить требуемую фонему в изолированных или простейших слогах;

II этап: автоматизация этого умения, превращение его в навык.

Коррекция речевых нарушений у детей с неврологическими заболеваниями включает развитие понимания речи, развитие связной речи, развитие выразительности речи.

Развитие понимания речи

1. Уточнение и расширение имеющихся у детей слов-названий, предметов, вещей, признаков и действий;

2. Формирование пространственно-временных представлений, понимание последовательности, одновременности описываемых и происходящих событий;

3. Работа над пониманием смысла слов: эпитетов, сравнений, метафор, словосочетаний, рассказов.

Работа по пониманию смысла слов включает следующие виды упражнений и занятий:

- набор и группировка слов, близких по смыслу (болеет, лечится, и т.п.);
- подбор синонимов по возрастающей или убывающей степени какого-либо признака (большой-огромный-гигантский);
- набор слов, близких по значению к данному слову (метель – вьюга, буран, пурга);
- замена слов в предложении для подбора более точного слова. Например: Мы смотрели интересный фильм (увлекательный, захватывающий);
- выбор одного (наиболее удачного, отвечающего всему контексту) из данных, близких по смыслу слов. Например: Наступила... холодная – ранняя – сухая – дождливая – золотая осень;
- подбор слов, противоположных к данному учителем слову (твердый – мягкий);
- замена слов, противоположных по значению, в предложении. Например: Наступила холодная зима (жаркое лето);
- продолжение начатого предложения путем подбора слова с противоположным значением. Например: Летом дни становятся длиннее, а зимой... (короче);
- нахождение слов с противоположным значением в тексте («Идет направо – песнь заводит, налево – сказку говорит»).

Развитие связной речи

1. Расширение запаса знаний и представлений об окружающем мире.
2. Развитие собственной речи как средства общения во всех видах деятельности.

Для успешного осуществления данного вида работы широко используется метод наблюдения. Материал, собранный при помощи

наблюдений во время экскурсий, прогулок, посещений театров, музеев, служит основанием для развития, расширения словарного запаса, знаний и представлений об окружающем мире, т.е. связной речи.

Трудность вызывает у детей с неврологическими заболеваниями определение признаков предметов. Это объясняется вербализмом понятий. Используя наглядность организуется работа над усвоением понятий: цвет, форма, величина.

Усложнение работы представляет следующие виды упражнений:

- характеристика предметов по признакам (величина, цвет, форма, размер, назначение и т.д.);
 - выделение общего признака нескольких предметов или явлений;
 - подбор предметов и явлений к какому-то признаку (высокий – дом, сосна, дерево);
 - выделение существенных и несущественных признаков предметов и явлений.
3. Работа по формированию понятий.
 4. Работа над словосочетаниями: выделение их в предложении и установление связи между словами с постановкой вопросов.
 5. Работа над составлением предложений (по образцу и самостоятельно).

Развитие выразительности речи

Основными целями программы логопедических занятий с дошкольниками с ДЦП являются:

1. Формирование полноценного речевого общения у детей.
2. Устранение или ослабление произносительных дефектов речи.
3. Развитие всех языковых систем полноценной речевой деятельности, подготавливающее необходимый фундамент для прохождения программного материала.

Программа может состоять из следующих разделов:

I полугодие

- Развитие понимания речи.

- Активизация лексики дошкольников.
- Формирование простого предложения.
- Формирование звукопроизношения.

II полугодие

- Развитие понимание речи.
- Формирование слоговой структуры слов.
- Формирование предложений из нескольких слов.
- Дифференциация смысла слова с изменением грамматических его форм.
- Формирование звукопроизношения.

Расширение запаса знаний и представлений об окружающем

Очень важно, какими способами ребенок с нарушением опорно-двигательного аппарата получает сведения об окружающем. Первое знакомство с предметами и явлениями должно по возможности происходить в естественной жизненной обстановке, а не по картинкам или игрушкам. В группе ребенка нужно познакомить с обстановкой, показать ему, как моют посуду, стирают и гладят белье, готовят обед, накрывают на стол, убирают помещение. Много интересного можно показать ребенку из окна детского сада: улицу, движение транспорта, сад, животных и т. п.

Важное значение для развития знаний и представлений об окружающем мире имеют прогулки. У ребенка-дошкольника мыслительные процессы должны быть как можно теснее связаны с живыми, яркими, наглядными предметами окружающего мира. Важно создать эмоциональный настрой восприятия: только такое восприятие будет стимулировать мысль ребенка и способствовать запоминанию увиденного.

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

Готовность ребенка к обучению в школе определяется уровнем развития его интеллектуальных процессов. Ребенок должен уметь не только наблюдать, но и дифференцировать и обобщать предметы и явления окружающего мира. Формирование обобщающего и дифференцирующего мышления должно проводиться систематически как в процессе повседневной деятельности ребенка, так и на специальных занятиях.

Формирование пространственно-временных представлений

Коррекция затруднений, вызываемых у детей ДЦП в процессе формирования пространственно-временных представлений, осуществляется не только в ходе организованных систематических занятий (рисование, лепка, конструирование, аппликация), но и в работе по привитию навыков самообразования, в организации наблюдений, экскурсий, подвижных игр на свежем воздухе, сюжетно-ролевых и настольных игр, занятий по физической культуре.

Важное значение для детей с ДЦП приобретает их активное перемещение в пространстве и самостоятельные действия по отображению пространственных и временных компонентов. Это предполагает проведение занятий не только по традиционной методике, когда дети сидят за столами, но и включение игровых элементов со свободным передвижением по отношению друг к другу и к окружающим предметам.

Формирование пространственно-временных представлений включает в себя:

- 1) воспитание способности различать и выделять пространственные и временные признаки в окружающих объектах и явлениях в отношениях их друг к другу и к субъекту;
- 2) усвоение словесных обозначений пространственных и временных отношений, их понимание и активное включение в экспрессивную речь;
- 3) развитие способности использовать имеющиеся знания о пространстве и времени в активном действии (будь это игровые или бытовые процессы,

специальные упражнения по развитию движения, рисование, лепка, аппликация, конструирование, рассказывание или пересказ с использованием адекватных словарных выражений).

Формы работы варьируются в зависимости от цели (какие категории пространства и времени предполагается развивать на данном занятии) и ведущих трудностей, испытываемых ребенком.

Типы упражнений по развитию пространственных представлений и ориентировки:

- 1) упражнения, направленные на обогащение чувственного опыта по выделению и различению пространственных признаков и включающих их словарное обозначение (форма, величина, протяженность, направление);
- 2) упражнения, направленные на формирование зрительной оценки пространства (связь моторики с визуальной оценкой пространства). Игра. «Какой рукой легче дотянуться до предмета?» Задание на расположение предметов (дальше – ближе и т.п.);
- 3) упражнения, направленные на формирование активных действий по воспроизведению пространственных отношений. (Задания типа: «Поставь посередине елочку, за ней положи мячик, между ними – карандаш»);
- 4) упражнения по пространственной организации движений с музыкальным сопровождением;
- 5) графическое упражнение по преодолению затруднений в правильном ориентировании на листе бумаги (дифференцирование частей листа, проведение прямых линий от середины листа в различных направлениях, рисунок по опорным точкам и т.д.);
- 6) игры-упражнения по развитию пространственной ориентировки, связанной с конструктивной деятельностью (например, разрезная картинка и др.);
- 7) активизация в речи словарных обозначений пространственных отношений.

В тесном единстве с пространственными отношениями формируются и временные отношения, когда на основе представления о пространстве даются представления о времени («Далеко.» – «Как далеко?» – «В двух часах езды от дома»).

Сенсорное воспитание и развитие трудовой деятельности

Сенсорное воспитание включает развитие зрительного, слухового, тактильного и кинестетического (восприятие движений) восприятия. Оно имеет большое значение для становления познавательной деятельности ребенка, для формирования у него высших психических функций, что является необходимой предпосылкой для обучения в школе.

Работа по сенсорному воспитанию и организации игровой деятельности в условиях инклюзивного образования включает следующие разделы:

Развитие зрительного восприятия

1. Упражнения по развитию плавных движений глазных яблок (плавное прослеживание предметов);
2. Упражнения на различение и название основных цветов;
3. Упражнения на зрительное внимание и пространственные представления: на узнавание геометрических фигур (шар, куб, пирамида), соотношения объемной и плоской фигуры (шар – круг, куб – квадрат);
4. Игры и упражнения на конструктивную деятельность (понятия «большой – маленький», «высокий – низкий», «широкий – узкий», «короткий – длинный»). Детей учат строить дорожки, стульчик, диванчик, кроватку и т.д. из специального строительного материала.

Развитие дифференцированного слухового восприятия и фонематического слуха

1. Упражнения на слуховое внимание (использование звучащих игрушек, музыкальных инструментов);

2. Упражнения на развитие фонематического слуха в порядке усложнения: слова, контрастные по звучанию; слова, менее контрастные по звучанию; слова, различающиеся одной фонемой.

Развитие тактильной чувствительности

Развитие функции стереогноза (стереогноз – это восприятие предметов на ощупь). Эта функция совершенствуется и закрепляется в процессе повседневной практической деятельности.

Формирование пространственных представлений

Пространственные представления у детей с церебральным параличом воспитываются в тесной связи с тактильным, кинестетическим и зрительным восприятием.

1. Развитие представлений о «схеме тела».

1-й этап: формирование пространственной дифференциации самого себя (понятия «право – лево», «сверху – снизу». Упражнения проводятся на самом ребенке, потом переносятся на взрослого, например: «Покажи, где у меня рот, нос, глаза...»).

2-й этап: упражнения проводятся на кукле, потом на картинке, на рисунке.

2. Ориентировка в пространстве.

1-й этап: действия взрослого с предметами перед зеркалом и со словесными комментариями (например: «Мяч вправо, влево, вверх»);

2-й этап: взрослый молча выполняет упражнения перед зеркалом;

3-й этап: ребенок выполняет упражнения один по словесной инструкции.

3. Упражнения на перемещения в пространстве (для детей, владеющих навыками ходьбы).

Формирование элементарных математических представлений

При подготовке детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата к школе педагогам целесообразно проводить подготовительные занятия по формированию и уточнению имеющихся у них основных количественных, пространственных и временных представлений, по формированию навыков сравнения предметов по форме, величине и протяженности.

Развитию и закреплению элементарных математических понятий способствуют занятия по ручному труду, рисованию, лепке.

Формирование действий с предметами и подготовка руки к письму

Развитию движений руки нужно уделять особое внимание уже с первых дней пребывания ребенка в детском саду, – только в этом случае у него к школе сформируются ее функции (опорная, указывающая, отталкивающая, хватательная), составляющие двигательную основу манипулятивной деятельности. Усложнение заданий, увеличение амплитуды действий и длительности занятий происходит постепенно. Движения могут выполняться ребенком не только в положении сидя за столом, но и лежа, стоя.

Формирование графических навыков

В работе с дошкольниками с детским церебральным параличом большое внимание должно уделяться формированию графических навыков как важного этапа подготовки к обучению технике письма.

Процесс формирования техники письма осуществляется при решении двух взаимосвязанных задач:

- 1) обучение выполнению графических норм и правил (изображение букв со строго определенным соотношением частей и соединением их в слове);
- 2) обучение выполнению графических правил рациональными движениями, т.е. правильными приемами письма (сюда относятся способы удерживания ручки, общая поза и движение руки при написании букв и слов).

Работа по обучению технике письма ведется поэтапно:

I. Подготовка руки к письму;

II. Формирование техники письма с коррекцией дефектов моторики;

Основные направления работы по обучению технике письма:

1. Подготовка руки к письму

Задачи:

- формирование у детей умения делать и выполнять правильно движения в плечевых, локтевых и лучезапястных суставах правой или левой (пишущей) руки;
- обучить выполнению различных движений пальцев руки;
- научить дошкольников воспроизведению изолированных движений одной и другой рук;
- обучить дошкольников брать различными способами предметы в зависимости от их качеств;
- развивать свободные движения правой руки при удержании предметов и в процессе различных манипуляций с ними, и формировать те свободные движения пальцев руки, на основе которых строится двигательный навык письма.

Каждый раздел работы предполагает комплекс упражнений и специальных игровых приемов.

2. Обучение дошкольников правильной позе во время письма

Имеются различия в отработке правильной позы для детей с выраженным асимметричным шейно-тоническим рефлексом. Учитываются также положения спины, головы, обеих рук и ног.

3. Обучение правильному способу удерживания ручки и движений ею, обеспечивающих письмо

Одновременно с навыком удерживания ручки проводится работа по развитию свободных движений пальцев при письме.

Важное значение имеет согласованность работы по письму и рисованию, а также комплекс специальных упражнений на занятиях ЛФК, а именно:

- упражнения по развитию опорности рук;
- упражнения по развитию изолированности движений;
- упражнения по формированию функции захвата.

УЧЕТ СОСТОЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Как уже отмечалось выше, разнообразные по проявлениям и степени выраженности нарушения двигательной активности дошкольников с ДЦП требуют от родителей выполнения элементарных норм и правил в процессе взаимодействия с ребенком, с целью предупреждения насильственных движений и нормализации мышечного напряжения.

Ниже представлены данные позволяющие педагогам в условиях инклюзивного образования учитывать особенности структуры двигательного дефекта у дошкольников с ДЦП.

Как правильно поднимать и носить ребенка

Действия взрослого: поднимать ребенка (рис. 12)

Рекомендации: чтобы надлежащим образом поднять больного ребенка и воспрепятствовать ненормальному положению его тела:

- переверните его на один бок и поддержите головку.
- согните ноги ребенка.
- приподнимите ребенка, прижимая к себе.

Опускайте осторожно, выполняя действия в обратном порядке.



Рис. 12.

Действия взрослого: носить ребенка (рис. 13)

Рекомендации: носить ребенка следует таким образом, чтобы корректировать неправильное положение его тела, и так, чтобы обе его руки были впереди. Более выпрямленная позиция облегчит ему задачу держать прямо голову и смотреть вокруг. Всех очень маленьких детей можно носить прижав к груди.



Рис. 13

Рекомендации: хорошая позиция для распрямления тела ребенка со спастическим синдромом (рис.14)



Рис. 14

Рекомендации: а) Правильное положение для переноса ребенка со спастическим синдромом, ножки которого скрючены, или флоппи-ребенка, ноги которого безвольно висят.

б) Хорошая позиция для переноса ребенка со спастическим синдромом (ножки скрючены), а также с атетонидным синдромом. Годится для переноса на небольшие расстояния. Когда несете ребенка в этом положении, можете раскачивать его из стороны в сторону (рис. 15).

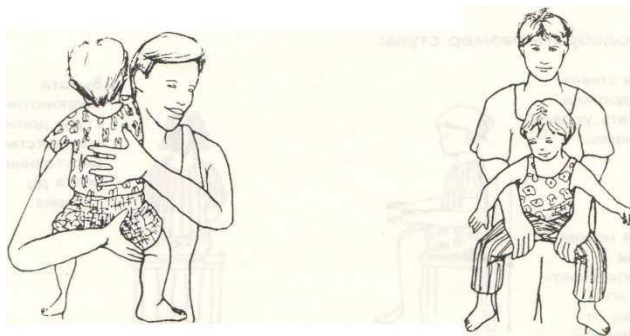


Рис. 15

а)

б)

Положение сидя (рис. 16)

Ребенок, с опозданием научившийся сидеть, будет нуждаться в поддержке, которая потребуется ему более продолжительное время, нежели остальным детям. Может понадобиться специальный стул с опорой, вырабатывающий навык сидеть в правильной позиции, с тем чтобы он мог воспользоваться руками и ему легче было жевать и глотать, принимая пищу.

Ребенок, который только учится сидеть, должен также упражняться в выполнении этих действий стоя.

Рекомендации

- * Голова слегка наклонена вперед;
- * Спина прямая, без уклона набок;
- * Ягодицы касаются спинки стула;
- * Колени прямо над ступнями ног, стоящими плоско на полу;
- * Ноги слегка раздвинуты;
- * Ступни ног прижаты к полу либо к специальной скамеечке.



Рис. 16

Неправильное положение (рис. 17–18):

Бедра чересчур выпрямлены; тело ребенка слишком отклонено назад и сползает со стула; бедра излишне согнуты; ребенок падает вперед.



Рис. 17.



Рис. 18

Рекомендации (рис. 19)

- Высота спинки стула должна достигать уровня подмышек;
- Высота ножек должна соответствовать длине ног ребенка от подколенной ямки до пяток;
- Сиденье стула должно быть таким глубоким, чтобы между подколенной ямкой сидящего и передней частью сиденья умещалось два пальца.



Рис. 19

Как подобрать размер стула (рис. 20)

- Высота подлокотника стула должна соответствовать расстоянию от локтя до сидения;
- Ширина сиденья должна превышать ширину ягодиц на два пальца.



Рис. 20.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЦП

Средства передвижения

Различные варианты детских инвалидных колясок (комнатные, прогулочные, функциональные, спортивные). В многофункциональных креслах-колясках дети могут проводить значительное время. В них имеется столик для приема пищи и занятий, съемное судно, отделение для книг, специальная ёмкость для хранения термосов с пищей.

Средства, облегчающие передвижение

Ходунки и ходилки (комнатные и прогулочные), костыли, крабы, трости, велосипеды; специальные поручни, пандусы, съезды на тротуарах.

Лечебно-нагрузочные костюмы («Адели-92»)

Костюм используется для лечения различных форм церебрального паралича в любом возрастном периоде жизни ребенка, начиная с раннего возраста. Создавая правильные взаимоотношения между частями тела и устраняя порочные установки, костюм способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движения, что является основой для формирования моторики. Костюм представляет собой замкнутую систему «плечевой пояс – стопы». Благодаря амортизаторам, несколько растягиваются спастичные мышцы (снижается тонус мышц), уменьшается патологическая и активизируется физиологическая афферентация мышечно-связочного аппарата; уменьшается частота и амплитуда гиперкизов. Дети, страдающие церебральным параличом, быстрее овладевают двигательными навыками. В лечебно-нагрузочном костюме можно проводить любые упражнения, намного улучшая и ускоряя их результативность.

Реабилитационная вертикаль Гроссов

В основу методики супругов Гросс положена система «вертикализации» ребенка с детским церебральным параличом, оптимальное дозирование нагрузок [12]. Здесь многое решается благодаря особенностям конструкции тренажера, в частности его эластичности тяг. Это избавляет от необходимости иметь «семь няnek». Занятия ведутся по формуле «один ребенок – один инструктор», а ряд упражнений вообще не требует непосредственного участия наставника.

Большинство упражнений выполняется при сохранении свободы рук и ног, и в этом «изюминка». Учитываются различные нюансы. Например, было замечено: если голова ребенка постоянно опущена, его ориентация в пространстве не прогрессирует. Мягкий поддерживатель в полной мере не может решить вопросы вертикализации. В центре используют шапочку-наголовник с эластичными тягами с регулируемой нагрузкой. Это стимулирует шейно-тонические рефлексы и развивает мускулатуру шеи. Подобных целительных нюансов у Гроссов множество.

Средства, облегчающие самообслуживание

Специальные предметы обихода: наборы посуды и столовых приборов, приспособления для одевания и раздевания, открывания и закрывания дверей, для самостоятельного чтения, пользования телефоном; особые выключатели электроприборов, дистанционное управление бытовыми приборами – телевизором, приемником, магнитофоном.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрев основные подходы к разработке модели инклюзивного образования дошкольников с ДЦП, необходимо отметить, что своеобразие психофизического и личностного развития данной категории дошкольников предполагает необходимость глубокого анализа многих групп факторов. При этом необходимо помнить, что по уровню включения ребенка в образовательный процесс условно обозначают виды инклюзии: точечную, частичную, полную. На этапе подготовки ребенка к включению в инклюзивную группу можно говорить о «точечной инклюзии» – когда дошкольник с ДЦП включается в коллектив сверстников лишь на праздниках, кратковременно в играх или на прогулке.

«Частичная инклюзия» предполагает включение дошкольника с ДЦП в режиме половины дня или неполной недели, например, когда ребенок находится в группе сверстников, осваивая непосредственно учебный материал в ходе индивидуальной работы, но участвует в занятиях по изобразительной деятельности, физической культуре, музыке и др. вместе с другими детьми.

Вариант «полной инклюзии» – посещение дошкольником с ДЦП возрастной группы в режиме полного дня самостоятельно или с сопровождением. Ребенок занимается на всех занятиях совместно со сверстниками. При этом выбираются задания различного уровня сложности, дополнительные игры и упражнения.

Выделяются важные принципы построения инклюзивного образовательного пространства.

Принцип индивидуального подхода предполагает выбор форм, методов и средств обучения и воспитания с учетом индивидуальных образовательных потребностей каждого из детей группы. Это связано с тем, что в каждую из возрастных групп включены дети с различными стартовыми возможностями (обусловленными структурой, тяжестью, сложностью ограничений здоровья).

Принцип междисциплинарного подхода. В каждой группе работают специалисты (логопед, психолог, дефектолог), которые организуют обсуждение в момент приема дошкольника с ДЦП в группу и составления или изменения программы развития.

Принцип вариативной развивающей среды. Включение в инклюзивную группу детей с различными особенностями в развитии предполагает наличие необходимых развивающих и дидактических пособий, средств обучения, безбарьерной среды, с учетом структуры нарушения в развитии (нарушения опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха и др.).

Принцип вариативной методической базы обучения и воспитания. Междисциплинарная работа предполагает способность использования педагогом методов и средств работы из смежных областей, применение методик тифло-, сурдо-, олигофренопедагогики.

Принцип модульной организации образовательных программ. Программа проведения фронтальных занятий по математике, развитию речи и т.д. предполагает включение в базовую программу обучения и воспитания модулей из специальных коррекционных программ (программ для детей с нарушениями интеллекта, задержкой психического развития и др.).

Принцип самостоятельной активности ребенка. Важным условием успешности инклюзивного образования является обеспечение самостоятельной познавательной активности ребенка. Для этого в образовательную программу детского сада возможно введение дополнительных развивающих программ.

Принцип семейно-ориентированного сопровождения. Принятие семьи как неотъемлемой развивающей среды предполагает возникновение структуры психолого-педагогического сопровождения, в основании которого лежит семейное консультирование, семейно-ориентированная психотерапия, детско-родительские группы. Принцип позволяет включать родителей в качестве активных участников в каждый этап педагогического процесса.

Принцип динамического развития образовательной модели детского сада. В каждом инклюзивном образовательном учреждении наличие дополнительных служб, программ и методов зависит от комплектования группы. Модель детского сада может изменяться, включая новые структурные подразделения, специалистов, развивающие методы и средства.

Принцип активного включения всех участников образовательного процесса. Инклюзивное образовательное пространство предполагает активное вовлечение детей, родителей и специалистов в развитие деятельности детского сада, проведение общих мероприятий, составление планов семинаров и праздников для создания инклюзивного сообщества как модели реального социума.

Цели педагогической реабилитации в процессе инклюзивного образования дошкольников с ДЦП предполагают решение как общеобразовательных задач, так и собственно коррекционных или реабилитационных, направленных на восстановление двигательных функций, максимальное интеллектуальное развитие, коррекцию физического и речевого развития, максимальное приспособление к самостоятельной жизни и труду, что способствует социально-трудовой адаптации детей и интеграции их в общество.

Ниже представлен вариант реализации комплексного подхода в сопровождении ребенка с детским церебральным параличом в условиях инклюзивной модели образования.

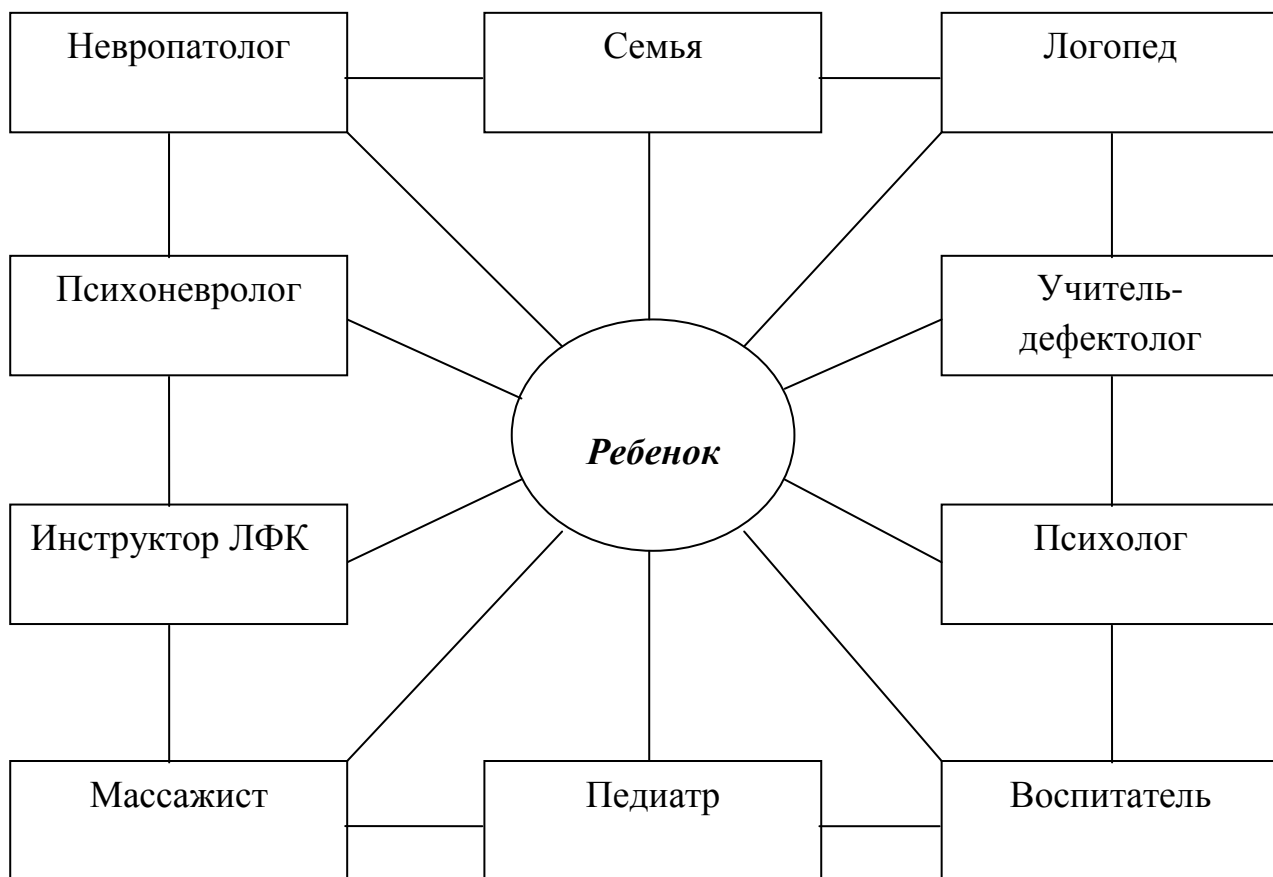


Рис. 21

Разработка проблемы инклюзивного дошкольного образования показывает, что главным направлением в деятельности инклюзивного детского сада становится ориентир на «включение» детей с ограниченными возможностями здоровья в коллектив обычно развивающихся сверстников и взрослых на правах «равных партнеров».

Важно отметить, что дети, для которых были созданы возможности включения в инклюзивную образовательную среду, способны к дальнейшему успешному включению в общество.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: кн. для логопеда/Е.Ф. Архипова. – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.
2. Данилова Л.А. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе/сост. Л.А. Данилова, К. Стока, Г. Казицына. – СПб., 1996. – 48 с.
3. Детский церебральный паралич. Хрестоматия/сост. Л.М. Шипицына и И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, 2003. – 520 с.
4. Ипполитова М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: пособие для родителей и воспитателей/М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1993. – 47 с.
5. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: метод. рекомендации/сост. К.А. Семенова, Э.И. Танюхина [и др.]. – М.: НВТ «БИМК–Д», 1988. – 439 с.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии/И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
7. Кроткова А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом: учебно–метод. пособие/А.В. Кроткова. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 144 с.
8. Особенности обучения ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении: методические рекомендации. — М.; СПб.: Нестор-История, 2012. — 216 с.
9. Психолого – педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие: с прил. альбома «Нагляд. материал для обследования детей»/[Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова и др.]; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2004. – 164 с.

10. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП: учебно–метод. пособие/И.А. Смирнова. – СПб.: ДЕТСТВО–ПРЕСС, 2003. – 160 с.
11. Устинова Е.В. Детский церебральный паралич: психологическая помощь дошкольником/Е.В. Устинова. – М.: Книголюб, 2007. – 120 с.
12. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие: Книга для родителей/Пер. с англ. Ю.В. Липес, А. В. Снеговской; Под ред. И с предисл. Е.В. Клочковой/Н.Р. Финни. – М.: Теревитнф, 201. – 336 с.